

La supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie : perspective interactionnelle des rapports de place et des trajectoires de l'affectivité

NGUYEN, Alexandra

Abstract

La supervision est une pratique centrale de la formation des thérapeutes en psychiatrie. La recherche se fonde sur l'examen qualitatif d'un corpus de 28 heures d'enregistrements vidéo dont 8 heures retranscrites intégralement. Elle documente les ressources interactionnelles mobilisées en supervision lorsque superviseurs et thérapeutes abordent la relation thérapeutique. Les analyses révèlent que les participants manifestent leurs émotions de manière multimodale et s'orientent vers une gestion collaborative de l'affectivité. Les processus interactionnels d'implication et d'affiliation conduisent à l'auto-réflexion du thérapeute concernant sa posture affective et relationnelle avec le patient. Les interactions de supervision se (re)configurent en permanence selon les ordres déontique, épistémique et émotionnel, révélant les rapports de pouvoir, d'expertise et d'affectivité. La professionnalité du superviseur réside dans la gestion fine et collaborative des rapports de place et dans la co-construction des trajectoires affectives et cognitives de la supervision en vue du processus [...]

Reference

NGUYEN, Alexandra. *La supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie : perspective interactionnelle des rapports de place et des trajectoires de l'affectivité*. Thèse de doctorat : Univ. Genève, 2020, no. FPSE 767

DOI : 10.13097/archive-ouverte/unige:146948

URN : urn:nbn:ch:unige-1469481

Available at:

<http://archive-ouverte.unige.ch/unige:146948>

Disclaimer: layout of this document may differ from the published version.



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

Section des Sciences de l'éducation

Sous la direction de Laurent Fillietaz

**La supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie :
perspective interactionnelle des rapports de place
et des trajectoires de l'affectivité**

THÈSE

Présentée à la
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
De l'Université de Genève
Pour obtenir le grade de docteur en Sciences de l'éducation

Par
Alexandra NGUYEN
de Beckenried (NW)

Thèse n° 767

GENEVE
30 novembre 2020

N° d'étudiant : 92.308.485

Membres du jury :

FILLIETTAZ Laurent, directeur, FPSE, Université de Genève
BERGER Evelyne, La Source, Institut et Haute École de la Santé, Lausanne
MARION-VEYRON Régis, Unité de psychiatrie de liaison – CMG-PMU, Lausanne
MERHAN France, FPSE, Université de Genève
MULLER MIRZA Nathalie, FPSE, Université de Genève

Remerciements

Je remercie Laurent Filliettaz, mon directeur de thèse, pour avoir accepté et soutenu mon projet de recherche et pour la confiance qu'il m'a accordée tout au long du processus. Il a su me laisser développer ma pensée et mes outils, tout en proposant son regard analytique et critique à chacune de mes sollicitations. Je le remercie pour ses conseils et son accompagnement qui ont jalonné mon parcours.

J'adresse également mes remerciements aux membres du jury : France Mehran et Nathalie Muller Mirza d'avoir accepté de faire partie la commission scientifique de la recherche. Je les remercie également pour leurs conseils qui ont enrichi le manuscrit final. France a suivi et assisté à différentes phases de la thèse lors des séminaires du Laboratoire RIFT. Son intérêt et sa curiosité enthousiaste ont constitué des appuis intellectuels à ma pensée. Je témoigne de la gratitude à Evelynne Berger pour les échanges théoriques et méthodologiques qui ont jalonné les étapes de ma démarche et qui ont constitué des points de repères précieux, ainsi qu'à Régis Marion-Veyron pour toutes les conversations empruntées de curiosité, d'enthousiasme et de stimulation professionnelle. Les échanges durant la soutenance ont également constitué une expérience scientifique et humaine mémorable et enthousiasmante. J'adresse mes pensées reconnaissantes à Martial Van der Linden. Il a accepté de faire partie du premier comité scientifique de la thèse et a cru en la pertinence de ma démarche.

Je tiens à remercier les superviseurs et les thérapeutes qui ont ouvert les portes de leur bureau pour me permettre d'entrer dans la confidentialité de leurs échanges. Je leur suis reconnaissante pour leur confiance.

Je remercie la direction de la Haute école La Source qui a soutenu mon projet doctoral dès sa genèse, particulièrement Jacques Chapuis et Anne-Claude Allin. J'ai eu la chance d'être accompagnée et encouragée par Jérôme Favrod, professeur et responsable du Laboratoire d'Enseignement et de Recherche Santé Mentale et Psychiatrie (LER SMP). Il a été un interlocuteur central et précieux aux plans clinique et scientifique. Notre passion pour le travail thérapeutique, l'insatiable volonté de comprendre les interactions et le plaisir de la conversation analytique à bâtons rompus ont fait de nos échanges animés de véritables tremplins réflexifs. Merci aux collègues qui m'ont encouragée par des mots, par des silences, par des fleurs, par des messages, par des regards. Merci pour votre présence précieuse durant ces cinq années : Laurent Frobert, Shyhrète Rexhaj, Delphine Roduit, Shadya Monteiro, Corinne Borloz, Audrey Lemay. Merci aussi à Joséphine Chaix pour son soutien dans les premiers temps de transcription.

Merci à l'équipe Interaction & Formation de l'Université de Genève pour les échanges lors des séances de travail et en dehors : Marianne Zogmal et Stéphanie Garcia pour leur amitié constante et leur intérêt stimulant pour mes questions et analyses, ainsi que Vassiliki Markaki, Dominique Trébert, Mélanie Crausaz. Vous avez été mes partenaires de jeux, dans le bac à sable de l'analyse interactionnelle : j'ai soumis à votre critique bienveillante mes outils analytiques, testant avec vous leur pertinence. J'ai une pensée amicale pour Barbara Duc et Ingrid de St Georges qui m'ont encouragée dans les premiers pas de doctorante.

Les prochaines lignes, je les dédie aux personnes qui m'ont soutenue à chaque instant de mon travail et qui m'ont apporté force et courage. A vous mes fils, qui croyez en moi quoi qu'il arrive: Jevan, pour ton regard bienveillant, tes attentions constantes et ton humour ; Noram, pour ton soutien inconditionnel, ton énergie et ton plaisir à jongler avec les concepts que je partageais avec toi ; Tanaël, pour ta noble gentillesse et ton intelligence vivace dans nos échanges à propos des processus interactionnels. Vous avez été curieux et intéressés à tricoter avec moi la pensée scientifique en train de se faire, au quotidien. Nous nous sommes souvent amusés à analyser vos interactions sociales au prisme des concepts mobilisés dans ma thèse. Vous êtes aussi experts que moi aujourd'hui dans la compréhension fine des enjeux relationnels dans les rapports de place. A vous, Jérôme, qui avez été le témoin de mes errances, de mes joies, de mes doutes, de mon développement. Vous avez veillé sur moi, un pas après l'autre, comme on gravit, encordés, un col himalayen. Jusqu'aux derniers instants, vous avez été présent, toujours enthousiaste et inconditionnel dans l'assurance que je finirai par y arriver. Aimants, constants, fiables, formidables, à vous quatre, j'adresse ma gratitude et toute mon affection.

Merci à ma famille, Frieda, Michaela et Allan, et tout particulièrement à ma sœur, présence spirituelle à mes côtés. Merci à mes amis Sandra Bueno, Emilie et Pascal Rich, Alexandra Dubra Abaterusso, Pascale et Stephane Deroche, Isabelle Hochuli, Monique et Marc Léopoldoff. Vous avez été présents, patients et bienveillants.

J'adresse mes pensées amicales à Caroline Christiansen qui m'a éclairée dans ma posture de chercheuse. Tu as su questionner mes certitudes avec douceur et intelligence, renversant ma vision du monde, des relations et des présupposés concernant les rôles et les places dans la relation thérapeutique. Nos conversations sur la terrasse d'un château m'ont permis d'aborder la problématique que je m'apprêtais à étudier comme une ethnographe plutôt que comme une infirmière. Tu m'as invitée à chercher, à comprendre, plutôt que de prétendre.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	8
<i>Objet et visées de la recherche</i>	9
<i>Plan de la thèse</i>	9
I. CADRES DE LA RECHERCHE.....	11
1. Cadre contextuel de la recherche	12
1.1. <i>La relation thérapeutique en psychiatrie</i>	12
1.2. <i>La supervision : un dispositif privilégié de la formation des thérapeutes</i>	14
2. Cadre théorique	17
2.1. <i>Perspective interactionnelle dans l'analyse du travail et de la formation</i>	17
2.1.1. Comprendre les processus de formation par l'étude des interactions situées.....	17
2.1.2. Épistémologie de l'analyse interactionnelle.....	19
2.1.2.1. Une perspective analytique endogène.....	19
2.1.2.2. L'action située	20
2.1.2.3. L'organisation séquentielle et la cohérence de la trajectoire interactionnelle.....	21
2.1.2.4. La multimodalité	24
2.2. <i>Les ordres de l'interaction</i>	25
2.2.1. L'ordre épistémique.....	26
2.2.1.1. Les statuts et les positions épistémiques	26
2.2.1.2. Les territoires épistémiques et les rapports de place.....	27
2.2.1.3. La dynamique des positionnements épistémiques et ses méthodes.....	28
2.2.2. L'ordre déontique	32
2.2.2.1. Les revendications déontiques proximales	33
2.2.2.2. Les revendications déontiques distales.....	35
2.2.3. L'ordre émotionnel	38
2.2.3.1. Conception scientifique générale de l'émotion	38
2.2.3.2. La définition sociale des émotions : un processus de régulation collective.....	39
2.2.3.3. Les phénomènes et les enjeux relationnels des émotions dans les interactions.....	41
2.2.3.4. L'affectivité en interaction : implication et affiliation	43
3. Problématique et questions de recherche.....	46
4. Cadre méthodologique	48
4.1. <i>Contexte de la recherche</i>	48
4.1.1. La formation des thérapeutes en psychiatrie	48
4.1.2. Les supervisions	51
4.1.3. Entrées empiriques et recrutement	52
4.1.4. Dimension éthique.....	53
4.2. <i>Constitution du corpus de données</i>	54
4.3. <i>Méthodologies de traitement et d'analyse des données</i>	55
4.3.1. Description générale des pratiques de supervision	56
4.3.1.1. Des formes et des activités de supervision	56
4.3.1.2. Constitution de la collection	58
4.3.1.3. Transcriptions.....	59
4.3.1.4. Outils et processus analytiques	61
4.3.1.4.1. Organisation topicale.....	62
4.3.1.4.2. Discours rapportés : outils analytiques des emboîtements de cadres.....	63
4.3.1.4.3. Indices d'implication émotionnelle et affiliation.....	66
4.3.1.4.4. Indices de positionnement selon les trois ordres de l'interaction	68

II.	ANALYSES	70
5.	Le travail sur la relation thérapeutique dans les activités de supervision.....	72
5.1.	<i>Structure et organisation de la supervision</i>	72
5.1.1.	Ouvertures de séances	72
5.1.2.	Clôtures de séances	74
5.1.3.	Formes de la supervision	78
5.1.3.1.	Suivi longitudinal.....	78
5.1.3.2.	Présentation unique basée sur une question clinique spécifique	79
5.1.3.3.	Revue de cas multiples	81
5.2.	<i>Cinq activités de supervision</i>	85
5.2.1.	Renseigner la situation clinique du patient.....	86
5.2.2.	Problématiser la situation clinique.....	88
5.2.3.	Enseigner/apprendre de nouvelles connaissances	92
5.2.4.	Évaluer les actions du thérapeute	95
5.2.5.	Préparer les interventions futures.....	100
5.2.6.	La supervision comme une intrication d'activités.....	103
5.3.	<i>Le travail sur la relation thérapeutique dans l'entretien de supervision</i>	107
5.3.1.	Description de la collection spécifique.....	107
5.3.2.	Focalisation ou emboîtement.....	108
5.3.2.1.	Travail sur la relation thérapeutique focalisé.....	108
5.3.2.2.	Travail sur la relation thérapeutique emboîté	115
5.4.	<i>Emboîtement des cadres interactionnels</i>	119
5.4.1.	Les discours rapportés ou projetés comme pratique énonciative en supervision.....	120
5.4.2.	Dynamique interactionnelle du phénomène d'emboîtement interactionnel.....	128
5.4.2.1.	Emboîtement du cadre interactionnel clinique	130
5.4.2.2.	Emboîtement du cadre interactionnel privé	137
5.4.2.3.	Emboîtement du cadre interactionnel de la supervision.....	139
5.4.2.4.	Emboîtement enchevêtré des cadres interactionnels	145
6.	L'affectivité : pivot interactionnel au cœur du travail sur la relation thérapeutique	154
6.1.	<i>La centralité des émotions dans les discours en supervision</i>	154
6.1.1.	Les émotions et le lien thérapeutique en tant que contenu thématique	155
6.1.2.	Les émotions évoquées et la prise de position des thérapeutes.....	158
6.2.	<i>L'implication : le signalement d'une affectivité augmentée</i>	161
6.2.1.	L'émergence soudaine d'une implication du thérapeute.....	162
6.2.2.	L'émergence progressive de l'implication du thérapeute	167
6.2.3.	Les signes d'implication dans le discours des superviseurs.....	172
6.3.	<i>Les trajectoires de l'affectivité en interaction</i>	177
6.3.1.	Les réponses du superviseur aux récits affectivement impliqués du thérapeute.....	180
6.3.1.1.	Préserver l'émotion du thérapeute au centre de son intervention	180
6.3.1.2.	Approuver tout ou partie du vécu affectif	187
6.3.1.3.	Se désaffilier.....	194
6.3.1.4.	La dynamique des interactions affectivement impliquées	203
6.3.2.	Les réponses du superviseur au récit détaché du thérapeute	206
6.3.2.1.	Impliquer le thérapeute par la reconnaissance ou l'interprétation	206
6.3.2.2.	Confronter le thérapeute par la désaffiliation	220
6.3.2.3.	Cadrer théoriquement et techniquement la situation	225
6.3.2.4.	L'incontournable affectivité du travail sur la relation thérapeutique	233
7.	La dynamique des places dans la supervision.....	238
7.1.	<i>Les rapports de place dans l'ordre épistémique</i>	238
7.1.1.	Mise à jour des rapports épistémiques	239

7.1.2.	Bascule des places épistémiques.....	243
7.1.3.	La mise en abyme des rapports épistémiques.....	247
7.2.	<i>Les rapports de place dans l'ordre déontique</i>	249
7.2.1.	Le contrôle de l'agenda interactionnel : une autorité déontique proximale	250
7.2.2.	Les dynamiques d'influence	253
7.3.	<i>Les rapports de place dans l'ordre émotionnel</i>	258
7.4.	<i>Des ressources interactionnelles pour agir sur la dynamique des positionnements</i>	264
7.4.1.	Une appartenance partagée à la communauté des thérapeutes.....	264
7.4.2.	Influencer une décision.....	268
7.4.3.	Le partage d'expériences des superviseurs.....	274
7.4.3.1.	Partager sa posture affective et ses actions.....	275
7.4.3.2.	Les rapports de place lors des partages d'expériences du superviseur	281
7.5.	<i>Synthèse intermédiaire</i>	292
8.	Discussion.....	294
8.1.	<i>Synthèse des résultats</i>	294
8.1.1.	L'organisation interactionnelle des pratiques de supervision	294
8.1.2.	L'incontournable implication dans le travail sur la relation thérapeutique	296
8.1.3.	La valse des positionnements interactionnels	298
8.2.	<i>Réponses aux questions de recherche et théorisation ancrée</i>	301
8.3.	<i>Retombées pratiques de la recherche</i>	306
8.4.	<i>Discussion sur la validité des résultats</i>	311
CONCLUSION		315
<i>Contributions de la recherche pour les communautés professionnelles</i>		315
<i>Contributions de la recherche au plan scientifique</i>		319
BIBLIOGRAPHIE		323
TABLEAUX ET FIGURES.....		343

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Les pratiques de supervision sont centrales pour la formation des thérapeutes et font l'objet d'une abondante littérature scientifique et professionnelle qui souligne leur influence sur l'efficacité des thérapies en psychiatrie. Les recherches mobilisent des méthodes indirectes qui rendent compte des effets perçus de la supervision sur le développement des thérapeutes, ou qui mesurent son efficacité par l'évaluation de l'évolution clinique des patients. Bien que ces études décrivent la relation de supervision et les enjeux qui la traversent, elles ne présentent pas les phénomènes interactionnels tels qu'ils émergent dans les pratiques réelles, et laissent de ce fait un certain flou concernant les collaborations et les négociations en œuvre dans les activités conjointement menées par les participants.

La supervision est un dispositif formel pour repenser les actions et les interactions des thérapeutes avec leurs patients, et progressivement développer les compétences relationnelles indispensables à la construction d'une alliance et d'interventions thérapeutiques. C'est dans les séances de supervision que le thérapeute convoque, par le récit, les situations professionnelles problématiques pour élaborer avec le superviseur une compréhension des difficultés rencontrées en thérapie. Les thérapeutes témoignent, par exemple, de la difficulté à établir une relation de confiance, à discerner les enjeux relationnels occurrents dans les processus thérapeutiques, à faire preuve de lucidité quant aux jeux de pouvoir entre eux-mêmes et leurs patients, à « rencontrer » la personne plutôt que de traiter une pathologie, à poser un regard conscient sur l'influence de ses propres émotions et de sa propre histoire dans la relation thérapeutique. La supervision est donc une interaction à propos d'une autre interaction. La complexité des pratiques de supervision renvoie à la capacité du superviseur à créer un environnement interactionnel qui permette de comprendre la pratique relationnelle et communicationnelle du thérapeute avec ses patients et, par ce processus d'analyse de l'activité clinique, conduire le développement professionnel du thérapeute.

L'activité de supervision se caractérise par des dimensions imbriquées qui renvoient à des cadres de référence théoriques et pratiques divers, impliquant les participants de façon multiple face aux enjeux relationnels, émotionnels, cognitifs et pratiques. Dans une dimension clinique, il est attendu que le superviseur examine techniquement la pratique professionnelle du thérapeute en évaluant la situation clinique et les interventions du thérapeute. Il élabore avec lui une compréhension des enjeux relationnels avec le patient ; il investit ses représentations concernant la maladie ; il aborde son engagement (ou son évitement) dans la relation thérapeutique. Dans une dimension pédagogique, il endosse un rôle de formateur qui recourt à des savoirs et à des méthodes pédagogiques et qui assure un environnement propice au développement des compétences professionnelles du thérapeute. Ainsi, le rôle attendu du superviseur vise la formation du thérapeute à l'intervention thérapeutique par la transmission des connaissances, par l'expérimentation des modalités d'action utiles à la réalisation de son activité professionnelle auprès du patient, ainsi que par la présentation et l'entraînement aux outils et aux méthodes. Ces deux dimensions semblent intriquées dans la supervision, laissant le superviseur garant de la cohérence du processus de supervision ; autrement dit, il est garant d'une efficacité des propositions de résolution de problèmes techniques et relationnels et du processus d'apprentissage du thérapeute. Par la conduite de cette activité aux multiples facettes, le superviseur endosse des rôles qui tendent à configurer la relation interpersonnelle avec le thérapeute et qui nécessitent des ajustements dans les positionnements en supervision. S'intéresser aux pratiques de supervision, c'est comprendre comment se donnent à voir les

enjeux que sous-tendent les échanges et les rapports de pouvoir qui en découlent. Dès lors que superviseur et thérapeute sont engagés dans la relation de supervision, il est intéressant de se pencher sur la négociation des rôles et des places pour atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

La complexité d'une supervision réside également dans la gestion émotionnelle des échanges lorsque superviseurs et thérapeutes abordent les difficultés rencontrées dans la relation au patient. Les récits d'expérience en thérapie convoquent les émotions éprouvées dans la situation clinique et sont, en quelque sorte, actualisées dans la situation de supervision. La littérature dans le champ décrit les phénomènes interactionnels en supervision comme étant semblables aux interactions thérapeutiques bien que les objectifs des dispositifs soient différents. Les enjeux de pouvoir, la présence des émotions dans les récits des thérapeutes supervisés, et les similitudes dans les phénomènes relationnels entre la rencontre thérapeute-patient et la rencontre superviseur-thérapeute, font de l'interaction de supervision un objet d'intérêt pour les divers professionnels impliqués dans les suivis des patients.

La formation des superviseurs est encouragée mais relativement peu documentée du point de vue des recherches scientifiques. Les prescriptions dans les champs de la psychiatrie ou de la formation des thérapeutes proposent certains ingrédients constitutifs de la professionnalité du superviseur, comme l'expertise clinique, les habiletés relationnelles et pédagogiques, ou les capacités d'auto-évaluation en cours de supervision. Malgré une vaste littérature consacrée à la supervision, ses pratiques réelles ne sont pas documentées, à notre connaissance. Pourtant, les recherches indiquent qu'il s'avère crucial de mieux comprendre les actions de supervision ainsi que le rôle de l'environnement interactionnel de la supervision dans le développement de la professionnalité du thérapeute.

Objet et visées de la recherche

Considérant les enjeux et la problématique des pratiques de supervision présentés ci-dessus, cette thèse poursuit deux objectifs :

- Elle vise à documenter la professionnalité des superviseurs par une analyse des interactions telles qu'elles se donnent à voir dans leurs contextes et leurs situations d'accomplissement.
- Elle se propose de décrire les phénomènes relationnels, du point de vue des rapports de pouvoir, d'apprentissage et d'engagement émotionnel dans la supervision.

Plan de la thèse

La thèse se divise en deux parties. Une première partie présente les cadres de la recherche, contextuel, théorique et méthodologique, et une deuxième partie est consacrée aux analyses et à la discussion des résultats. Dans le chapitre 1, la supervision est abordée en tant que phénomène social, qui se déploie dans un contexte de formation des thérapeutes en psychiatrie. Nous proposons une revue de littérature concernant les enjeux de la relation thérapeutique en psychiatrie, son importance dans l'efficacité des suivis psychiatriques et le rôle de la formation dans le développement professionnel dans ce champ (1.1.). Nous abordons ensuite la supervision en tant que dispositif de formation privilégié dans la formation des thérapeutes (1.2). Dans le chapitre 2, nous présentons la perspective interactionnelle de la formation, en l'inscrivant dans les sciences de l'éducation et dans les approches d'inspiration

ethnométhodologique de la microsociologie (2.1). Les fondements épistémologiques et théoriques sont détaillés en mettant l'accent sur une définition de l'interaction comme étant située, collectivement élaborée, séquentiellement organisée et de nature multimodale. L'interaction est ensuite définie plus précisément dans ses enjeux relationnels au regard des trois ordres qui la constituent (2.2). Nous les présentons dans trois chapitres consécutifs : d'abord, l'ordre épistémique, dans les enjeux d'expertises qui configurent les rapports de place interactionnels ; puis l'ordre déontique, dans les enjeux de pouvoir qui influencent les décisions et les actions des interactants ; et finalement, l'ordre émotionnel, selon une définition sociale de l'affectivité et dans les phénomènes d'implication et d'affiliation qui orientent les trajectoires interactionnelles des participants à une interaction. Nous présentons dans le chapitre 3, la problématique et les questions de recherche à la lumière du cadre théorique préalablement détaillé. Le cadre méthodologique vient ensuite, au chapitre 4, avec les divers éléments du dispositif empirique de la recherche, que sont le contexte (les terrains, les participants, les démarches éthiques), la constitution du corpus de données, ainsi que les méthodologies de traitement et d'analyse de nos données. Dans ces chapitres, nous développons les différentes étapes de la démarche analytique ainsi que les méthodes utilisées afin de rendre compte du processus mené, à la fois inductif, itératif et systématique. Une attention particulière est portée aux outils d'analyse que nous mobilisons dans la recherche et qui font l'objet de chapitres dédiés.

Une deuxième partie présente les analyses en trois chapitres. D'abord, dans le chapitre 5, nous décrivons l'émergence du travail sur la relation thérapeutique dans les activités de supervision. L'examen fin des ouvertures et des clôtures des séances de supervision permettent d'identifier trois formes de supervision et cinq activités qui la constituent. L'analyse des pratiques rend également visibles des phénomènes d'emboîtement de différents cadres interactionnels dans les séances de supervision, grâce à des productions langagières particulières, telles que les discours rapportés. Nous analysons ensuite, dans le chapitre 6, l'affectivité dans les interactions, en tant que pivot interactionnel au cœur du travail sur la relation thérapeutique. L'implication des interactants est étudiée dans son émergence et sa dynamique émotionnelle au cours des échanges. A partir de ces analyses et des diverses réponses des superviseurs (affiliatives ou désaffiliatives), nous présentons les trajectoires de l'affectivité en interaction. Au cours du chapitre 7, nous investiguons finalement la dynamique des places dans la supervision et détaillons les enjeux relationnels au sein du travail sur la relation thérapeutique en supervision. Les analyses rendent manifestes les enjeux de pouvoirs dans les prises de décisions concernant les suivis thérapeutiques des patients et la régulation des positionnements dans la gestion conjointe des savoirs et des émotions au fil des interactions. Les ressources spécifiques mobilisées par les thérapeutes et les superviseurs émergent progressivement des analyses et rendent compte de la complexité des ajustements permanents des tandems pour assurer la réalisation conjointe du travail sur la relation thérapeutique. Le chapitre 8 propose une synthèse et une discussion des résultats, en proposant une articulation des analyses pour une compréhension intégrée des phénomènes observés. Nous répondons aux questions de recherche et ouvrons la discussion sur les retombées pratiques de la recherche. Ce chapitre propose également une discussion sur la validité des résultats. La conclusion ouvre finalement sur les perspectives futures qui peuvent être envisagées.

I. CADRES DE LA RECHERCHE

Cette première partie débute avec une présentation du cadre contextuel de la recherche (1) et se poursuit avec le cadre théorique (2), la formulation de la problématique et les questions de recherche (3). Le cadre méthodologique présente ensuite le dispositif empirique ainsi que les outils analytiques liés aux dimensions spécifiques de l'objet de recherche (4).

Le premier chapitre propose une revue de littérature concernant la relation thérapeutique (1.1) et la supervision dans le cadre des formations des psychothérapeutes (1.2). Nous présentons les résultats de recherches dans ces champs de pratique du point de vue des enjeux d'acteurs et d'efficacité. Le deuxième chapitre se structure en deux volets. Le premier présente la perspective interactionnelle dans l'analyse du travail et de la formation (2.1), afin de dessiner le contour des champs disciplinaires de notre étude dans le domaine des sciences de l'éducation (2.1.1). Nous développons ensuite les fondements épistémologiques et les principes d'inspiration ethnométhodologique de l'analyse interactionnelle dans lesquels notre recherche s'inscrit (2.1.2). Le deuxième volet présente une conception des interactions selon les trois ordres épistémique, déontique et émotionnel (2.2). Cette conception accompagne la perspective analytique que nous adoptons pour examiner l'imbrication de ces ordres dans les rapports de place et l'affectivité dans les interactions de supervision. Ces cadres, contextuels et théoriques, orientent notre façon d'aborder l'objet d'étude et nos questions de recherche que nous présentons au chapitre 3. Finalement le quatrième chapitre se consacre au dispositif empirique de notre recherche. Nous y présentons les éléments contextuels de la démarche (4.1), le processus de constitution du corpus des données (4.2), ainsi que la méthodologie de traitement et d'analyse des données (4.3), en détaillant les phases et les outils analytiques spécifiques de notre démarche.

1. Cadre contextuel de la recherche

La supervision des professionnels en psychiatrie constitue un champ de pratique et un domaine d'investigation. Elle s'est imposée progressivement comme une modalité particulière de la formation des thérapeutes, sur les dimensions techniques comme sur les dimensions théoriques. Dans cette recherche, nous nous intéressons particulièrement aux moments lors desquels superviseurs et thérapeutes abordent les enjeux de la relation thérapeute-patient. Être capable de comprendre cette relation et acquérir des outils techniques et relationnels pour agir dans les suivis thérapeutiques revêt un enjeu central pour le succès des thérapies. Dès lors, la relation thérapeute-patient devient un objet de formation, dont l'une des modalités principales est la supervision. Cette dernière est étudiée dans le champ de la psychiatrie, en tant que levier pour le succès des thérapies, mais également en tant que pratique professionnelle en elle-même. Nous exposons dans ce chapitre l'état de ces questions, par une revue de la littérature dans le champ de la relation thérapeutique en psychiatrie (1.1) et dans le champ des pratiques de supervision (1.2).

1.1. La relation thérapeutique en psychiatrie

La relation thérapeutique lie le thérapeute et le patient dans une dyade collaborative qui nécessite un processus d'ajustement mutuel, un jeu subtil d'adéquation entre les partenaires en interaction. Au-delà des spécificités inhérentes aux différentes approches, la littérature dans la communauté professionnelle témoigne d'un consensus sur certains ingrédients indispensables à cette relation. Des concepts fondateurs, tels que l'authenticité, la chaleur, la sympathie (Freud, 1912), la congruence et l'empathie (Rogers, 1975) contribuent à la définition de cette relation. L'intervention thérapeutique requiert donc de la part du professionnel de s'engager subjectivement dans la relation au patient, pour l'impliquer dans les traitements et en assurer la réussite (Priebe et al., 2011). La qualité de cet engagement se révèle constitutive de la compétence du thérapeute et est considérée comme une composante centrale des soins selon les patients, leurs familles et les professionnels (Johansson & Eklund, 2003; Kirsh & Tate, 2006; Laugharne, Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2012; Markin, Kivlighan, Gelso, Hummel, & Spiegel, 2014). Si la qualité de cette relation a peu été étudiée en tant que telle par manque d'outils de mesure valides (Catty, Winfield, & Clement, 2007; Safran & Muran, 2006), l'alliance thérapeutique, quant à elle, a été thématisée par une vaste littérature professionnelle (Bioy & Bachelart, 2010; Cungi, 2009; Vannotti, 2002), et investiguée dans de nombreuses recherches (Farrelly & Lester, 2014; Horvath, 2005; Kivlighan, Hill, Gelso, & Baumann, 2016; McCabe, Heath, Burns, & Priebe, 2002; McCabe, Khanom, Bailey, & Priebe, 2013; Nienhuis et al., 2018; Shafran, Kivlighan, Gelso, Bhatia, & Hill, 2016). Les résultats montrent que ses effets sont modestes mais robustes pour l'efficacité des traitements (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Kivlighan et al., 2016; Shafran et al., 2016). De fait, la relation et la communication peuvent améliorer indirectement les résultats de la thérapie, grâce à une meilleure observance du traitement, par exemple, mais ils peuvent également avoir un effet thérapeutique direct par les processus interactionnels qu'ils comportent.

L'alliance thérapeutique s'impose donc comme la base de sécurité nécessaire au changement et s'avère centrale dans le champ de la psychothérapie, en ce qu'elle constitue un partenariat ou une collaboration entre le thérapeute et le patient. Au cours des interactions avec ses patients, le thérapeute est amené à éprouver des émotions et à gérer des phénomènes relationnels, qui convoquent sa propre histoire et ses expériences personnelles. Les réponses

affectives du thérapeute dans l'interaction avec le patient sont courantes et sont à même d'influencer les décisions dans les interventions de psychothérapie (Kimerling, Zeiss, & Zeiss, 2000). Le thérapeute est confronté à la nécessité de développer une conscience de soi du point de vue émotionnel, cognitif et comportemental afin d'adopter une posture dite professionnelle. Ainsi, prolongeant les concepts cités plus haut concernant l'engagement du thérapeute dans la relation, certains phénomènes relationnels et interactionnels ont été thématiques par la littérature professionnelle, comme que le transfert et le contre-transfert dans le champ de la psychanalyse (Freud, 1912), celui de résonance dans le champ de la systémique (Elkaïm, 1989) et de l'utilisation thérapeutique de soi dans la discipline infirmière (Townsend, 2011).

Un courant de recherche s'intéresse globalement à la formation des thérapeutes, suggérant, notamment, que la mise en œuvre de nouveaux traitements efficaces implique la formation et la supervision (Barber, Sharpless, Klostermann, & McCarthy, 2007; Napel-Schutz, Abma, Bamelis, & Arntz, 2016). Les recherches relèvent que dans l'enseignement d'une nouvelle méthode thérapeutique, et dans la formation des thérapeutes novices, l'enseignement didactique est nécessaire, mais que l'apprentissage par l'expérience est décisif ; ce dernier comprend la pratique thérapeutique et la réflexion sur ses propres expériences. Certaines études se penchent particulièrement sur le développement des compétences spécifiques de la communication et de l'établissement d'une alliance thérapeutique. Les recommandations proposent, entre autres, de conceptualiser les réponses émotionnelles des thérapeutes dans une perspective de théorie de l'apprentissage social, pour mettre en évidence les interactions entre le thérapeute, le patient et le contexte de la psychothérapie (Kimerling et al., 2000). Dans cette même perspective de conscience de soi et de la relation thérapeutique, une méta-analyse met en évidence la valeur de l'auto-réflexion et l'intervention avec des pairs comme modalité de développement des compétences thérapeutiques (Gale & Schröder, 2014).

La formation des thérapeutes est envisagée dans ses contenus théoriques et dans ses approches pédagogiques générales. De nouveaux dispositifs d'auto-formation par e-Learning donnent lieu à des recherches qui tendent à évaluer les bénéfices économiques de ces alternatives pédagogiques (Fairburn & Cooper, 2011). Selon certaines études, les thérapeutes reçoivent peu d'instructions et de supervision spécifiques en matière de compétences de communication (Priebe & McCabe, 2008). D'autres études notent que la formation technique de certains thérapeutes est capable de se montrer contre-productive pour la qualité de la relation thérapeutique, bien que l'efficacité de la formation à certaines techniques ait été soulignées (Binder, 1993). Selon l'auteur, certains thérapeutes montrent une plus grande adhésion aux dimensions techniques de la formation et une augmentation des contre-attitudes envers le patient au cours et suite à une formation technique ; ce phénomène semble dû à des caractéristiques personnelles d'hostilité envers soi-même et de contrôle des phénomènes d'identification. Dans le sillage de cette étude, d'autres questionnent la faculté personnelle de se former à la relation thérapeutique (Henry, Strupp, Butler, Schacht, & Binder, 1993). Cependant, dans la plupart des recommandations professionnelles et scientifiques, la supervision est identifiée comme une modalité importante de la formation des thérapeutes sur la dimension relationnelle avec les patients (Bambling, King, Raue, Schweitzer, & Lambert, 2006; Cottraux, 2004; Napel-Schutz et al., 2016)

1.2. La supervision : un dispositif privilégié de la formation des thérapeutes

Le contexte socio-historique de la supervision est difficile à retracer car il répond à une logique nationale plus qu'internationale, à cause des lois et réglementations des associations professionnelles qui régissent la formation des thérapeutes (au sens large). La pratique de supervision en Suisse s'est développée à partir du milieu du XX^{ème} siècle, dans la continuité de son émergence en Europe (Lodewick & Piroton, 2007b). Ses champs d'application se sont diversifiés, de la psychothérapie et du travail social, à la santé, aux Églises, aux écoles publiques et au secteur marchand. Les années 1990 ont vu émerger les associations professionnelles regroupant les superviseurs, les consultants en organisation et récemment les coaches. A ce jour, il existe des associations régionales, nationales et internationales de supervision. Malgré un déploiement notable des pratiques de supervision et de leurs descriptions dans la littérature, ce n'est qu'en 2011 qu'un projet européen « ECVision » (Ajdukovic, Cajvert, Judy, & Kuhn, 2015) fut initié par des associations professionnelles nationales européennes. La mission est de développer la première base commune des compétences spécifiques de supervision et de coaching en Europe, afin d'offrir aux associations professionnelles une plateforme de comparaison des diverses approches de formation et de pratiques.

Dans la littérature qui concerne les pratiques de supervision, les articles se regroupent en deux catégories : a) les articles ou ouvrages qui décrivent ou prescrivent des programmes de formation dans lesquels la supervision apparaît comme une modalité ; b) les articles qui touchent à l'impact de la supervision, au développement des compétences du point de vue des supervisés et/ou des superviseurs, et du point de vue de l'efficacité des traitements thérapeutiques. La première catégorie appartient à la littérature professionnelle ; elle regroupe des témoignages, des études de cas ou des programmes dans les approches enseignées. La deuxième catégorie se présente de manière hétérogène au plan de ses objets d'études et du point de vue des méthodologies scientifiques utilisées. Nous proposons un état de la littérature dans le champ, sans prétendre à l'exhaustivité d'une revue systématique, mais en privilégiant toutefois les méta-analyses et les revues systématiques.

Dans la littérature professionnelle, une multitude d'ouvrages¹ (Cottraux, 2004; Devienne, 2011; Haynes, Corey, & Moulton, 2013; Hess, Hess, & Hess, 2008) proposent une présentation large des grands thèmes qui constituent et façonnent la supervision, tels que ses définitions, son développement au cours de l'histoire, ses ancrages conceptuels, ses méthodes et les enjeux de la relation entre le superviseur et le supervisé, la posture spécifique du superviseur et ses compétences et les indices de la qualité d'une supervision. Quant à ses fondements théoriques, la supervision se présente généralement selon des concepts fondamentaux empruntés aux approches thérapeutiques en distinguant peu à peu ses spécificités dans les multiples champs professionnels (l'intervention sociale et éducative, la thérapie, la psychothérapie, par exemple). Les contenus proposent souvent de grandes orientations pour les aspects pédagogiques, articulant les dimensions théoriques et techniques des compétences à développer dans les différentes approches préconisées. La supervision y est envisagée comme une modalité de formation, groupale ou individuelle, qui favorise l'articulation entre la théorie et la pratique.

Concernant les références issues des recherches dans le champ de la supervision, elles se sont développées à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle. La supervision y est décrite comme un dispositif obligatoire dans la formation et le développement professionnel des thérapeutes,

¹ Sans prétention d'exhaustivité

et comme un environnement d'apprentissage où des méthodes pédagogiques diversifiées peuvent être déployées (Kilminster & Jolly, 2000). La supervision est également définie comme une catégorie d'intervention dans les accompagnements au développement professionnel dans les métiers du social ou de la santé (Lodewick & Piroton, 2007a; Moral & Lamy, 2015; Paul, 2012; Rouzel, 2015).

Les recherches qualitatives explorent la relation de supervision, ses enjeux de pouvoir, l'expérience et l'impact de la supervision sur les supervisés (Chur-Hansen & McLean, 2007; Macdonald, 2002). La majorité des recherches consultées montrent des améliorations perçues sur le développement des ressources professionnelles, sur le contrôle des tâches et le sentiment d'efficacité personnelle des thérapeutes (Rønnestad & Skovholt, 2003). D'anciennes recherches ont relevé des processus parallèles entre les interactions de supervision et les interactions thérapeutiques (Doehrman, 1976; Gilbert & Evans, 2000; Rubin, 1989). Les auteurs soulignent que les similitudes dans les phénomènes relationnels entre le dispositif de supervision et celui de la thérapie se manifestent de diverses façons et représente souvent un point central de l'efficacité des supervisions. Bien que les résultats démontrent les facteurs favorisant l'efficacité de la supervision, nombre d'études en relèvent les facteurs problématiques, tels que les conflits de rôles, un cadre relationnel incertain, le manque de formation des superviseurs, ou des jugements sur la performance des thérapeutes supervisés (Macdonald, 2002). Une revue de la littérature des recherches qualitatives concernant la supervision présente des résultats nuancés quant à son efficacité; elle relève que la supervision est une opportunité d'apprentissage personnel et professionnel pour les thérapeutes, mais que son efficacité dépend de la qualité de la relation superviseur-supervisé. Les enjeux de pouvoir dans la relation de supervision peuvent conduire à des sentiments de détresse et de doutes personnels chez les supervisés (Wilson, Davies, & Weatherhead, 2015).

Les études portant sur l'efficacité indiquent que la supervision semble avoir un impact positif sur les compétences des thérapeutes et sur les traitements. La supervision clinique impacte la conscience de soi du thérapeute, ses habiletés, son efficacité, son orientation théorique, le soutien et, dans une certaine mesure, les résultats cliniques pour les clients (Wheeler & Richards, 2007), comme la réduction des symptômes dans le traitement de courte durée de la dépression (Bambling et al., 2006). Une méta-analyse des recherches concernant l'impact des supervisions sur l'évolution de santé des patients nuance toutefois ces résultats pour des raisons principalement méthodologiques (Watkins Jr, 2011). La supervision semble cependant avoir un effet sur l'alliance thérapeutique (Hilsenroth, Kivlighan, & Slavin-Mulford, 2015). La plupart des études concluent généralement sur la nécessité d'améliorer les outils de mesure pour l'évaluation de la supervision (Chur-Hansen & McLean, 2007; Ellis, D'Iuso, & Ladany, 2008). Dans la continuité des recherches émergentes depuis les années 90' sur la formation des cliniciens, le champ de la psychothérapie et des traitements psychiatriques propose de grands ouvrages qui combinent revues de la littérature scientifique et préconisations pour la pratique de la supervision (Brown & Lent, 2008; Cottraux, 2004; Gilbert & Evans, 2000; Hess et al., 2008; Scaife & Inskipp, 2001).

Concernant la formation des superviseurs, des recommandations sont formulées en termes d'habiletés relationnelles, pédagogiques et de compétences cliniques (Falender et al., 2004; Henderson, 2009; Sundin, Ögren, & Boëthius, 2008; Watkins Jr, 2012). L'une des responsabilités attribuées au superviseur concerne l'auto-évaluation durant le processus de supervision en cours ainsi que sa propre formation continue (Whitman & Jacobs, 1998). Le dévoilement de soi ouvre une perspective dans le champ de la supervision pour approfondir

cette posture particulière qu'adopte le superviseur dans son interaction avec le thérapeute ; cette action semble améliorer le développement des superviseurs en formation et normaliser leurs expériences (Knox, Burkard, Edwards, Smith, & Schlosser, 2008). Ainsi, l'activité efficace des superviseurs est décrite comme une guidance dans le travail clinique, une explicitation des liens théorie-pratique, un accompagnement dans la résolution de problèmes, des *feedbacks*, de la réassurance, de la démonstration. Dans la littérature, le superviseur est présenté comme un partenaire dans une relation pédagogique particulière où le superviseur fait partie intégrante du processus de supervision, comme participant plutôt que comme observateur externe de la supervision en cours (Riess & Fishel, 2000). Comme évoqué précédemment, des phénomènes interactionnels surviennent en cours de supervision, qui rappellent des processus survenus dans la relation avec le patient ; les compétences des superviseurs dans la conduite et l'accompagnement des thérapeutes en formation sont par là même complexes (Doehrman, 1976; McNeill & Worthen, 1989). Parallèlement à cette vaste littérature sur les phénomènes et les pratiques de la supervision, les recherches et les témoignages professionnels insistent sur l'importance et la nécessité de la formation continue des superviseurs (Riess & Fishel, 2000; Sundin et al., 2008; Watkins Jr, 1994).

2. Cadre théorique

2.1. Perspective interactionnelle dans l'analyse du travail et de la formation

Comprendre la supervision revient à étudier ses pratiques en tant qu'activité professionnelle, en tant que dispositif de formation et en tant que processus interactionnel. Nous présentons dans ce chapitre les fondements théoriques sur lesquels s'appuie notre recherche, en ouvrant d'abord sur la littérature des sciences du travail et de la formation dans une perspective interactionnelle. Puis nous exposons les ancrages épistémologiques de l'analyse interactionnelle, en détaillant sa « mentalité analytique » dite endogène, ainsi que ses caractéristiques, à la fois située, séquentiellement organisée et multimodale. Ce chapitre est complété dans sa dimension pragmatique et appliquée dans le cadre méthodologique (chapitre 4), les ancrages théoriques et méthodologiques configurant fondamentalement la perspective, les processus et les outils analytiques de l'analyse interactionnelle.

2.1.1. Comprendre les processus de formation par l'étude des interactions situées

Comprendre les processus de la formation professionnelle fait l'objet d'une vaste littérature qui aborde le champ selon plusieurs disciplines et diverses approches théoriques et méthodologiques. La littérature dans le domaine de l'analyse de l'activité rend compte de ses pratiques et de ses conditions d'intelligibilité (Barbier, Durand, & Puybonnieux, 2017). Les recherches en ergonomie (Falzon & Teiger, 2011; Leplat, 2015; Olry & Vidal-Gomel, 2011), en didactique professionnelle (Mayen, Métral, & Tourmen, 2010; Pastré, 2007, 2011; Tourmen, 2014), ou dans l'approche du *Workplace learning* (Billett, 2011; Filliettaz & Billett, 2015; Tynjälä, 2008) témoignent du recours à l'analyse du travail en vue de la conception de dispositifs de formation, au travail, par le travail ou pour le travail. En orientant leur intérêt sur les conditions d'acquisition et de développement des savoirs, ces courants de recherche ont conduit à articuler les champs de l'analyse du travail et de la formation, établissant les effets formateurs de cette analyse sur le développement professionnel (Albarello, Barbier, Bourgeois, & Durand, 2013; Lussi Borer, Durand, & Yvon, 2015; Mayen, 2012). Ces travaux contribuent à la compréhension de la dimension implicite, souvent collaborative et très contextualisée des processus du développement professionnel. De tels processus peuvent être envisagés dans l'exercice de l'activité ou dans des espaces formels en marge du travail. Les dispositifs d'analyse de la pratique sur la place de travail, tels que la supervision, sont des espaces réflexifs pour analyser et commenter les événements survenus pendant l'activité conduite, et par cette démarche, un espace pour étayer les processus d'acquisition des savoirs (Marcel, Olry, Rothier-Bautzer, & Sonntag, 2002). La supervision peut dès lors constituer un espace qui permet d'analyser les expériences vécues à distance de l'action, ce qui constitue une condition indispensable à l'apprentissage professionnelle (Mayen & Gagneur, 2017; A. Nguyen, Frobert, Pellet, & Favrod, Sous presse).

S'intéresser à l'apprentissage au travail, c'est indéniablement constater que l'interaction est au cœur des dispositifs. Apprendre avec et par les autres constitue dès lors un objet d'intérêt central dans les champs de la recherche portés sur le développement professionnel (Filliettaz, 2018b; Mayen, 2002). La perspective interactionnelle s'intéresse aux processus et aux conditions d'apprentissage au travail (Balslev, Filliettaz, Ciavaldini-Cartaut, & Vinatier, 2015; Filliettaz, 2014; Filliettaz & Schubauer-Leoni, 2008; Mondada, 2006a; Zogmal, 2017). Les recherches portent sur des contextes et des formations professionnelles variés, tels que

l'industrie (Filliettaz, de Saint-Georges, & Duc, 2008), la santé (Mondada, 2006b; A. Nguyen, Frobert, & Favrod, 2020; H. T. Nguyen, 2006, 2008; Rémary & Durand, 2018; Zemel & Koschmann, 2014) ou l'éducation (Davitti & Pasquandrea, 2014; Durand, 2017; Filliettaz & Trébert, 2016; Rémary & Durand, 2018; Trébert & Filliettaz, 2017; Zogmal, 2020). Ces travaux étudient les fonctionnements collectifs ainsi que les ressources multimodales mobilisées par les personnes en interaction pour mener une action conjointe sur la place de travail ou dans un environnement éducatif. Ils s'inscrivent dans le champ plus large des études sur les compétences interactionnelles (Berger, 2016; Fasel Lauzon, Pekarek Doehler, & Pochon-Berger, 2009; Filliettaz, 2019; Mondada & Pekarek Doehler, 2006; Pekarek Doehler et al., 2017; Pekarek Doehler & Berger, 2018).

[...] la réflexion sur la compétence se complexifie avec la reconnaissance du rôle médiateur du langage dans toute activité professionnelle, éducative ou privée et donc dans la mise en opération et dans l'élaboration des compétences les plus variées, inscrites aussi bien dans les pratiques les plus manuelles que les plus intellectuelles (Mondada & Pekarek Doehler, 2006, p.1)

La part langagière constitue le support par lequel l'action collective peut se développer et elle est l'objet d'une abondante littérature dans différents courants disciplinaires comme la sociologie inspirée par Erving Goffman (1991), l'ethnographie de la communication et la sociolinguistique interactionnelle (Gumperz, 1982; Gumperz & Hymes, 1986; Vion, 1995), l'analyse conversationnelle (Sacks, Schegloff, & Jefferson, 1974; Schegloff, 2007) ou encore dans le champ des sciences du travail et de la formation (Balslev et al., 2015; Durand & Trébert, 2018; Filliettaz, 2014, 2018a; Filliettaz & Lambert, 2019; Filliettaz & Rémary, 2015). Ces recherches contribuent à la compréhension des phénomènes langagiers, et plus largement interactionnels, qui occupent une place essentielle tant dans l'activité professionnelle pour un plus grand contrôle des actions et des interactions que dans les situations de formation (Vinatier, Laforest, & Filliettaz, 2018).

En bref, la perspective interactionnelle en analyse du travail et de la formation s'intéresse à la dimension communicationnelle des pratiques sociales et porte un intérêt particulier à la part langagière dans l'activité en train de se faire. Par sa démarche ethnographique, elle se centre sur l'observation des traces de l'activité (audio ou vidéos enregistrées). Dans la perspective interactionnelle, les processus langagiers sont constitutifs de l'activité humaine, en ce qu'ils sont le support et le véhicule de l'interaction. Le chercheur examine donc l'interaction comme un objet, en se centrant sur les processus de coordination au moment des échanges entre participants ; il étudie les phénomènes interactionnels qui sont rendus visibles par le langage et les comportements lorsque les interactants élaborent conjointement une signification et des actions pour mener la rencontre et faire face à ses enjeux. L'analyse du travail selon une approche interactionnelle conduit le chercheur à une centration particulière de son regard sur les processus de coordination, qui offrent une intelligibilité aux actions collectives, telles qu'elles se manifestent en situation d'accomplissement. Le regard analytique des approches interactionnelles en analyse du travail permet de décrire les processus de collaboration et de négociation des actions menées par les participants, grâce à des transcriptions des comportements langagiers, verbaux et non verbaux, des interactants. En cela l'interaction constitue donc non seulement un objet d'étude pour comprendre le travail mais également un moyen, une méthode de recherche sur le travail.

2.1.2. Épistémologie de l'analyse interactionnelle

La microsociologie d'Erving Goffman (1991), les courants de l'ethnographie de la communication (Gumperz & Hymes, 1986) et de l'ethnométhodologie (Garfinkel, 1967) ont ouvert un vaste champ de travaux dans les disciplines linguistiques telles que l'analyse conversationnelle (C. Goodwin & Heritage, 1990; Sacks et al., 1974; Schegloff, 2007) ou de la sociolinguistique (Gumperz, 1982) et l'analyse interactionnelle (Filliettaz, 2014; Traverso, 2016). Les recherches se proposent d'examiner les interactions verbales dans et à travers les activités quotidiennes, envisageant les conduites des acteurs comme à la fois déterminantes et constitutives de l'ordre social. Les interactions sont décrites comme hautement organisées et nécessitant une coordination fine des échanges verbaux pour accomplir des actions sociales. Les interactants font ainsi usage de multiples ressources sémiotiques pour gérer les conduites mutuelles de manière séquentiellement organisée. Ils gèrent et coordonnent leurs actions en analysant en temps réel ce que font les coparticipants, pour interpréter ce qui vient d'être produit en vue des actions à venir. Les interactants se trouvent ainsi face à des problèmes pratiques à résoudre pour coordonner leurs actions : prendre la parole au bon moment sans chevauchement ni silences trop longs, proposer un changement de sujet, etc. Un déroulement fluide des interactions repose donc sur des « méthodes » d'accomplissement pratique, ou « ethnométhodes », qui soit interprétables par les participants. A titre d'exemple, l'étude des séquences de clôture des conversations (Schegloff & Sacks, 1973), où les auteurs rendent compte des ressources langagières mobilisées par les interactants dans l'organisation des tours de parole et des trajectoires topicales pour construire collectivement une fin de séquence conversationnelle. Les interactants font usage de multiples ressources sémiotiques pour communiquer, coopérer, négocier le sens qu'ils donnent à leurs échanges. Les énoncés, dits « multimodaux », contiennent des éléments verbaux et non verbaux qui s'élaborent réciproquement et qui se co-construisent dans l'interaction (C. Goodwin, 2003b; Kress, 2009; Mondada, 2016). Cette élaboration mutuelle est observable au cours de l'interaction lorsque plusieurs signes multimodaux se réfèrent aux mêmes éléments conceptuels de manière simultanée ou asynchrone. Ces ressources mobilisées façonnent la manière dont les personnes s'engagent dans les interactions et contribuent à la façon dont elles interprètent collectivement les situations dans lesquelles elles sont engagées.

2.1.2.1. Une perspective analytique endogène

Les approches interactionnistes adoptent une perspective analytique dite *endogène* qui octroie aux acteurs le premier sens des actions sociales, avant-même l'interprétation d'un analyste externe à la situation concrète observée. Les fondements ethnométhodologiques des approches interactionnelles proposent d'éviter les interprétations déconnectées du sens que les acteurs donnent eux-mêmes à leurs actions (Maynard & Clayman, 1991) :

[...] there is a self-generating order in concrete activities, an order whose scientific appreciation depends upon neither prior description, nor empirical generalization, nor formal specification of variable elements and their analytic relations. From an ethnomethodological standpoint, "raw" experience is anything but chaotic, for the concrete activities of which it is composed are coeval with an intelligible organization that actors "already" provide and recognize the circumstances in which they are embedded. The principle aim of ethnomethodology is to investigate the procedural accomplishment of these activities as actual, concerted behaviors. (p. 387)

La signification des comportements est rendue manifeste dans l'interaction elle-même, dans la co-production du sens, dans la signification que chacun attribue au comportement de l'autre et dans l'accomplissement coordonné de l'action conjointe des partenaires. Tours de parole après tour de parole, cette dynamique collective est élaborée par les participants à l'interaction. Au fil de l'échange, ces participants se construisent une représentation des partenaires et des positions qu'ils occupent dans la situation et qu'ils sont susceptibles d'occuper par rapport aux enjeux de la situation. Les participants produisent et interprètent ainsi des signes au cours de l'interaction, qui leur permettent de s'orienter dans les différentes étapes de l'échange. Ces signes, ainsi que leur position séquentielle, permettent aux participants de se projeter dans l'instant suivant, initiant par là-même des phénomènes d'alignement, de désalignement et de négociation pour mener conjointement une communication collaborative. Cette séquentialité de l'interaction répond donc à la fois à une dynamique rétrospective et prospective.

As time unfolds, participants display their bodily and verbal conduct in a way that projects more to come; this display is oriented to the recipient and to the participant framework, and *reflexively* adjusted, in the course of the action, to their own embodied reception of it. In this sense, interpretative resources have to be made publicly available and prospectively relevantly visible, in order for the interaction to be possible. In this sense too, online analysis reflexively ties together the production and interpretation of action, one being embedded in the other. (Mondada, 2006c, p. 127)

Une telle interprétation est dite « endogène » au sens où elle est produite par les participants eux-mêmes et non par un observateur externe. Elle fait référence à une « mentalité analytique » particulière qui se limite à décrire les comportements et leurs enchaînements, sans statuer sur les intentions des interactants, ni s'engager dans des explications ou des justifications des conduites observées ; elle s'oppose aux perspectives qui consistent à appliquer des catégories exogènes aux actions et aux événements observés (Pochon-Berger, 2010). L'analyse des interactions consiste donc en un travail de reconstruction des actions sociales selon la perspective des participants par l'observation des faits dans un mouvement inductif du particulier empirique vers une conceptualisation générale (Ten Have, 2007).

2.1.2.2. L'action située

Contexte et action entretiennent un lien d'influence réciproque. Loin d'un déterminisme absolu, les approches interactionnistes considèrent d'une part que l'action s'ajuste au contexte et qu'elle est structurée par lui, et d'autre part que l'action configure le contexte par la manière dont les participants le prennent en considération et l'interprètent. L'interrelation entre le « macro » et le « micro » dépasse la vision unidirectionnelle et déterministe des phénomènes sociaux. Ce dépassement d'une logique unilatérale relève d'un principe de récursivité (Vion, 1995) :

Les phénomènes ne sont plus déterminés de manière unidirectionnelle mais réciproque [...]. Ainsi, les sujets sont les produits d'un système en même temps qu'ils transforment ce système ; ils obéissent à des règles et des normes en même temps qu'en les faisant fonctionner ils les modifient. Le langage est déterminé par la situation en même temps que, par sa dimension illocutoire, il la détermine. (p. 180)

Les travaux de Goffman (1981) ont montré la part structurante du lieu dans lequel les interactions prennent place et du cadre participatif qui attribue des statuts et des rôles aux participants. Il souligne toutefois que certains de ces éléments constitutifs des échanges

peuvent être actualisés lors de l'interaction. Ainsi, le rôle assigné *a priori* à un participant peut être associé à son statut, selon son identité sociale (âge, sexe, profession, etc.) ou selon son histoire relationnelle avec son interlocuteur. Mais selon le mode de participation à une situation donnée, le rôle endossé par une personne peut s'avérer différent de celui qui pourrait être attendu *a priori*. Ainsi, le rôle attendu d'un médecin (statut selon la profession) serait d'établir un diagnostic et de traiter la maladie d'un patient. Cependant, un médecin généraliste pourrait refuser ce rôle n'étant pas spécialiste d'une maladie présentée par le patient et adresser ce dernier à un collègue expert, par exemple. Les approches interactionnistes considèrent également que les participants endossent des rôles complémentaires (médecin-patient ; formateur-étudiant, etc.) ou symétriques (absence de place spécifique à l'un ou l'autre). Ces configurations marquent des « cadres interactifs » au sens de Vion (1995) ou un « cadres participatifs » au sens goffmannien (Goffman, 1991). Elles rendent compte des négociations de place au-delà de la relation sociale sur laquelle se fonde l'échange. Les personnes s'attribuent et revendiquent des places, assignent ou négocient les rapports de place, tour de parole après tour de parole, rendant manifestes les interprétations successives des participants aux énoncés précédemment produits. Ces cadres ont fait l'objet de nombreuses études dans divers contextes ordinaires (Lindwall, Lymer, & Ivarsson, 2016; Raymond & Heritage, 2006; Stivers & Sidnell, 2016) ou institutionnels (Durand, Trebert, & Filliettaz, 2015; Melisa Stevanovic, Valkeapää, Weiste, & Lindholm, 2020; Sutherland, Peräkylä, & Elliott, 2014; Weiste, 2015b; Weiste, Voutilainen, & Peräkylä, 2016).

La perspective interactionnelle considère que les activités langagières sont situées, et donc à la fois affectées par le contexte (*context-sensitive*) et contribuant à le (re)définir (*context-free*), puisqu'elles s'organisent localement, s'ajustant aux contingences des situations dans laquelle elles prennent place. Il existe un consensus fort sur cette perspective dans les recherches qui mobilisent l'analyse interactionnelle. Cette perspective oriente indubitablement les approches méthodologiques qui visent à documenter l'émergence et le déploiement des interactions sociales, invitant à travailler sur des enregistrements audio ou vidéo qui puissent livrer des détails observables des pratiques publiquement déployées. Les descriptions des productions langagières sont également fondées sur d'autres caractéristiques, telles que leur organisation collective, temporellement et séquentiellement déployée et leur multimodalité.

2.1.2.3. L'organisation séquentielle et la cohérence de la trajectoire interactionnelle

Comprendre l'interaction, c'est s'intéresser à son organisation, à sa structure ; c'est observer comment se distribue la parole entre les participants, comment les silences surviennent lors de l'échange ; c'est décrire l'alternance des énoncés ou la monopolisation de la parole par l'un des participants. L'organisation des conversations est négociée au fil des productions langagières des participants et répond à une logique de tours de parole (*turn-taking*) qui en constitue sa forme de base (Sacks et al., 1974). Selon les auteurs, cette organisation est à la fois sensible au contexte (*context-sensitive*), puisque l'action est toujours située et que la conversation peut s'adapter à un éventail large de situations, de personnes, d'interaction. Elle n'exige pourtant aucune référence à un contexte particulier (*context-free*) car la majeure partie des aspects constitutifs des tours de parole est insensible aux dimensions spatio-temporelles de l'interaction et à l'identité des interactants. Les auteurs affirment que l'organisation des tours de parole comporte la double caractéristique de l'abstraction générale et du potentiel de particularisation au local. Pour fonder ce postulat, ce modèle organisationnel se base sur les

faits constitutifs de la conversation. Nous présentons synthétiquement ci-dessous les lignes de bases directrices du modèle :

- Des changements de locuteurs se produisent ou se répètent à chaque construction de tour et à chaque nouveau tour de parole ; chaque tour atteint un point de pertinence pour une transition. Le locuteur peut ainsi changer selon des règles et des techniques d'attribution de parole par désignation ou auto-sélection : un locuteur peut sélectionner le prochain locuteur ou un participant peut s'auto-sélectionner pour initier un énoncé.
- En principe, un seul locuteur à la fois s'exprime ; il existe néanmoins des occurrences de plusieurs locuteurs s'exprimant simultanément, mais cela se fait brièvement. Des chevauchements de prise de parole apparaissent particulièrement lorsque des locuteurs s'auto-sélectionnent pour la prise de tour ; il semble notable également que dans ces cas, l'occurrence survient le plus tôt possible aux moments pertinents de transition pour une sorte de compétition entre plusieurs prétendants au tour suivant. Un chevauchement peut également survenir en fin de tour alors que le prochain locuteur tente d'articuler sa production avec la dernière partie de l'énoncé en vue de compléter la construction du tour ou sans intention de complétion, mais simplement en ponctuant la fin de la production. Les transitions entre un tour et un autre se réalisent donc communément sans pauses ni chevauchement, ou de manière fine (*slight*).
- L'ordre des tours varie et n'est pas fixe, la détermination du prochain locuteur étant émergente et négociée à chaque nouveau point de transition ; mais il est admis qu'une priorité est accordée à la désignation du prochain locuteur par le locuteur en cours.
- La durée d'une conversation (et d'un tour) n'est pas déterminée à l'avance, si ce n'est que la conversation n'est pas censée se clôturer si un locuteur a désigné un prochain locuteur.
- Les contenus abordés et la distribution des tours ne sont en principe pas déterminés à l'avance. Malgré ce présupposé, des contraintes liées à des systèmes d'échanges spécifiques institutionnels (les interviews, les cérémonies, l'enseignement en classe, ou l'entretien médical) peuvent orienter les échanges. Dans ce type de situations, l'organisation des tours de parole emprunte à ces systèmes les caractéristiques et les règles de ce qui est attendu et de ce qui doit être accompli. Il existe, de plus, des contraintes comme la désignation du prochain locuteur ou le système des *paires adjacentes*. Une paire adjacente est composée de deux tours de parole juxtaposés, le deuxième produit immédiatement après le premier, par deux locuteurs différents. L'organisation de la séquence des deux paires adjacentes est dynamique et normative, au sens où la première partie est une action initiatrice pour la deuxième partie qui, elle, est une action réactive. La seconde partie donne sa signification à la première, comme dans l'exemple de la paire « question-réponse », dont la réponse (2^e partie) fait de la 1^{ère} partie une question, reconnue en tant que telle (Goodwin & Heritage, 1990).
- Le nombre des participants varie. Malgré que la structure de la conversation s'organise en tours de parole, comprenant un tour en cours et un tour suivant, le panel de personnes pouvant participer à cette séquentialité n'est pas restreint. Cependant, le système des tours de parole organise les productions langagières en ordre selon un principe de deux locuteurs, celui qui parle et celui qui parlera au prochain tour. Dès trois participants à une conversation, la prise du tour suivant n'est pas garantie, ce qui induit

chez les participants une attention particulière à l'échange afin d'opérer une auto-sélection avant le premier point de transition, pour celui qui souhaiterait être le prochain locuteur. À partir de quatre participants, des mécanismes de schisme sont susceptibles de survenir, transformant une conversation en deux conversations (pour plus de détail, voir : (Filliettaz, 2015, 2017; Markaki & Filliettaz, 2017; Sacks et al., 1974)

- Une variété d'unités de construction des tours (TCU) peut être utilisée (un mot ou une phrase, par exemple).
- Il existe des mécanismes de réparation pour gérer les erreurs ou violations des tours de parole, qui sont spécifiques à chaque règle conversationnelle mise à mal. Par exemple, si plusieurs personnes parlent en même temps, l'une d'elles s'arrêtera prématurément pour réparer cette perturbation.

Ces composantes factuelles constituent des ethnométhodes, qui peuvent varier selon les systèmes d'échange culturels ou institutionnels. Toutefois, les textes fondateurs nuancent ce déterminisme, attribuant au système des tours de parole une dynamique émergente et collectivement négociée dans l'interaction. Une attention particulière est portée au destinataire d'un énoncé ; ce phénomène est connu sous les termes originaux de *recipient design*. Les locuteurs formulent leurs énoncés en tenant compte du destinataire, de ce qu'il est et de ce qu'ils pensent qu'il sait, notamment lorsqu'un locuteur fait référence à une personne dans son récit, il considère *a priori* que cette référence est reconnue par le destinataire. Cette attention au destinataire se manifeste dans l'interaction par le choix des mots, par l'ordonnement des séquences, par les droits et les obligations dans la gestion des ouvertures et des clôtures de la conversation. Cet adressage au destinataire rend compte des éléments formels du contexte, rendus observables et reconnaissables par les participants dans l'instant de l'interaction. Ce phénomène indique l'analyse que fait progressivement le locuteur de la situation, ainsi que les rapports de place tels qu'ils se construisent au fil de l'échange. Ainsi, c'est à travers de l'enchaînement des conduites que les interactants (re)configurent le contexte, à la fois en tenant compte du tour précédent et de ses contraintes, et en orientant la suite de l'interaction par une action qui en renégocie, potentiellement, la trajectoire et les rapports de place, étant ainsi à la fois *context-shaped* et *context-renewing* (C. Goodwin & Heritage, 1990).

D'une part, le flux conversationnel est régi par une logique séquentielle, une action étant placée par rapport à des actions précédentes et projetant des actions à venir. Et d'autre part, les caractéristiques identitaires (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle, etc.) des participants, de même que les paramètres situationnels (milieu institutionnel, relations de pouvoirs, etc.), ne déterminent pas par avance le déroulement de l'évènement communicatif, mais sont invoqués par les participants eux-mêmes à travers leurs conduites lorsqu'elles deviennent pertinentes à toutes fins pratiques. (Pochon-Berger, 2011, p. 131)

Les ouvertures, les clôtures de séquences et les transitions topicales (voir chapitre 4.3.4.1 pour le détail) sont autant de phénomènes indicateurs de la structure et de l'organisation séquentielle d'une conversation, ainsi que de la construction collaborative des trajectoires thématiques et de l'élaboration d'une compréhension partagée de l'objet de la conversation (Mondada, 2003, 2006d; Mondada & Traverso, 2005; Riou, 2015; Traverso, 2016).

2.1.2.4. La multimodalité

Comprendre les pratiques interactionnelles dans leur séquentialité implique de se pencher sur la façon dont les participants donnent du sens aux conduites produites publiquement au fil des échanges et sur la manière dont ils indiquent ce qu'ils projettent dans la suite de l'interaction. Le langage est l'une des ressources que les participants à l'interaction exploitent pour organiser leur contribution à l'interaction de manière intelligible pour les interlocuteurs. Les ressources sont non seulement langagières mais plus largement multimodales.

Various practices and resources are methodically mobilized by participants in order not only to collectively accomplish the transition to the next phase of activity but also to materialize their sense of the completeness of the previous phase, to accomplish the public availability, recognizability and interpretability of their actions. Their online analysis is embedded and embodied in their responsive actions. [...] As time unfolds, participants display their bodily and verbal conduct in a way that projects more to come; this display is oriented to the recipient and to the participant framework, and reflexively adjusted, in the course of the action, to their own embodied reception of it. In this sense, interpretative resources have to be made publicly available and prospectively relevantly visible, in order for the interaction to be possible. [...] What is available is not only the methodical design of turns-at-talk, but also other, multimodal, projected trajectories and the 'contextual configuration' that action, spatial environment and artifacts compose in a locally contingent and relevant way. (Mondada, 2006c, pp. 126-127)

Au-delà du langage verbal, un énoncé incorpore diverses modalités sémiotiques, telles que les gestes, les regards, les mimiques du visage, les orientations corporelles et la mobilisation d'objets. Cette conception élargie et systémique de la communication permet d'intégrer l'étude des interactions avec des participants qui ne s'expriment pas verbalement, comme les personnes aphasiques (C. Goodwin, 1995, 2000b, 2004) ou les jeunes enfants (Zogmal, 2017; Zogmal, Losa, & Filliettaz, 2013) et permet de décrire les interactions dans les groupes impliquant plus de deux personnes (Filliettaz, 2017; M. H. Goodwin, Goodwin, & Yaeger-Dror, 2002). Elle ouvre également les perspectives de compréhension de la manière dont les interactants construisent du sens aux échanges en intégrant simultanément différentes ressources sémiotiques (M. H. Goodwin & Goodwin, 1986; Kress, 2009; Mondada, 2012; Sidnell, 2006; Stivers & Sidnell, 2005). Selon les auteurs, il s'agit, pour les interactants, d'un *monitoring* mutuel constant qui organise l'attention conjointe. Toutes les ressources sémiotiques sont à considérer dans leur émergence temporelle au cours de l'interaction (Kaukomaa, Peräkylä, & Ruusuvuori, 2013, 2015; Looney & He, 2020; Mondada & Dubois, 2004). La définition multimodale de l'interaction offre ainsi une ouverture pour la description fine des compétences interactionnelles dans différents contextes et situations professionnelles, notamment les situations éducatives (Azaoui, 2014; Davitti & Pasquandrea, 2014; Garcia & Filliettaz, 2020; Markaki & Mondada, 2009; Mondada, 2006c; Rivière & Blanc, 2019), le débat public (Jacquin, 2011, 2015), ou les consultations dans le domaine médical et des soins (Muntigl, Knight, & Watkins, 2012) ou encore dans les pratiques quotidiennes (Peräkylä & Ruusuvuori, 2012; Whitehead, 2011).

Cette perspective multimodale de l'interaction impacte nécessairement les méthodes d'étude dans le champ. Alors qu'aujourd'hui la plupart des recherches intègrent cette perspective dans la compréhension des enjeux interactionnels étudiés, certaines se sont spécifiquement intéressées aux implications méthodologiques de la multimodalité dans les interactions (Détienne, Greco, Mondada, Traverso, & Wiesser, 2009; C. Goodwin, 2000a; Mondada, 2008a).

2.2. Les ordres de l'interaction

Reconnaître ce que font les autres constitue un ingrédient central de la vie sociale. Il s'agit pour les personnes d'identifier les positionnements des uns et des autres afin de se repérer dans une action collective en cours. L'organisation des interactions et des conversations répond à des logiques, à des ordres, tels que la prise de tour, l'enchaînement, la réparation et elles représentent des aspects fondamentaux de l'interaction humaine et des relations sociales (Schegloff, 2006). Les pratiques sociales et les positionnements des personnes se donnent à voir dans leurs orientations sur ce qu'elles sont les unes pour les autres et configurent les rapports de place dans l'organisation des actions. Des études se sont intéressées à la négociation de ces rapports dans les interactions sociales au plan des enjeux épistémiques, déontiques et émotionnels. Les ordres s'entremêlent dans les directives ou les propositions pour l'épistémique et le déontique (M. Stevanovic, 2013a; M. Stevanovic & Peräkylä, 2012; M. Stevanovic & Svennevig, 2015; M. Stevanovic & Weiste, 2017), dans la co-description d'une expérience pour l'épistémique et l'émotionnel (Berger & Pekarek Doehler, 2015; Savander et al., 2019; Weiste et al., 2016), et dans l'action de plaisanter pour l'émotionnel et le déontique (Looney & He, 2020). À notre connaissance, seuls quelques auteurs ont explicitement thématiqué l'imbrication de ces ordres dans les interactions sociales (Steensig & Drew, 2008; M. Stevanovic & Peräkylä, 2014; Stivers, Mondada, & Steensig, 2011a).

Les trois ordres de l'interaction définissent la relation momentanée des participants à une interaction, appelée *the momentary relationship of the participants* (M. Stevanovic & Peräkylä, 2014). Les négociations relationnelles menées par les interactants impliquent une gestion complexe des enjeux liés aux connaissances, au pouvoir et aux émotions. La dimension épistémique comprend les informations que les participants à l'interaction ont le droit et l'obligation de connaître par rapport à leurs coparticipants (Heritage, 2012a, 2012b, 2018; Mondada, 2013; Stivers et al., 2011a) ; la dimension déontique fait référence aux droits des participants d'imposer des actions à leurs coparticipants (Kent, 2012; M. Stevanovic & Peräkylä, 2012) ; et l'ordre émotionnel, quant à lui, concerne les émotions, et plus largement l'affectivité, que les participants sont autorisés ou attendus d'exprimer à leurs coparticipants (Couper-Kuhlen, 2009, 2012; M. H. Goodwin & Goodwin, 2000; Maynard & Freese, 2012; Peräkylä & Sorjonen, 2012; Plantin, Doury, & Traverso, 2000; Prior & Kasper, 2016; Voutilainen et al., 2014). Par leur sensibilité et leur positionnement à l'égard de ces dimensions de leur relation momentanée, les participants affichent leurs orientations à l'égard de l'ordre social et moral de leur communauté et de la société en général (C. Goodwin, 2018).

Dans les chapitres suivants, nous présentons d'abord l'ordre épistémique (2.3.1) en détaillant ce qui, dans les statuts et les positionnements organise les interactions à la fois en amont des rencontres et au cours des échanges (2.3.1.1), en décrivant les rapports de place des participants selon leurs territoires épistémiques respectifs (2.3.1.2), ainsi que les méthodes mobilisées dans les dynamiques de positionnement des interactants (2.3.1.3). Puis, nous présentons l'ordre déontique (2.3.2) dans sa dimension proximale (2.3.2.1) quand les interactants gèrent et négocient l'agenda interactionnel de leur rencontre, et dans sa dimension distale (2.3.2.2) quand des enjeux de contrôle ou de résistance se manifestent lors d'actions d'ordres ou de prescriptions. Finalement, nous présentons l'ordre émotionnel (2.3.3), par une synthèse de la conception scientifique générale de l'émotion (2.3.3.1) et une définition sociale de l'émotion (2.3.3.2), pour dessiner un panorama des recherches qui ont examiné les phénomènes et les enjeux relationnels dans les interactions sociales (2.3.3.3) et préciser le rôle

de l'implication et de l'affiliation dans la gestion de l'affectivité en situation d'interaction (2.3.3.4).

2.2.1. L'ordre épistémique

Dans une conversation, les participants indiquent ce qu'ils savent et ce qu'ils pensent que les autres savent ou ne savent pas ; chacun se situe dans une certaine position par rapport à la connaissance de ce dont il est question. Pour comprendre les actions et les enjeux d'une interaction, le participant doit constamment interpréter les propos des autres et reconnaître les actions produites. Ce que Heritage nomme *l'orientation des personnes* (Heritage 2012a ; 2012b) renvoie aux deux dimensions constitutives de l'ordre épistémique, que sont le statut et la position épistémique.

2.2.1.1. Les statuts et les positions épistémiques

Le statut épistémique est considéré comme un aspect connu du contexte de la conversation que les interactants utilisent pour, à la fois être entendus dans leur questionnement ou dans leur affirmation, et pour reconnaître ces actions dans les productions des autres (M. Stevanovic & Peräkylä, 2014). Il est basé sur l'histoire personnelle des participants et sur les attentes culturelles et institutionnelles de ce que les uns et les autres sont censés savoir et dans quel domaine de connaissance. C'est l'une des facettes de la relation momentanée qui place les participants les uns par rapport aux autres dans les domaines d'expertises convoqués au cours de la conversation. Dans les approches ethnométhodologiques, les auteurs soulignent toutefois que le statut épistémique est sans cesse modifié dans le déroulement séquentiel de l'interaction ; et ce bien que le cadre général de l'activité des participants ait une influence sur le domaine de connaissances pertinent à chaque moment de l'interaction. Le fait que les participants partagent leurs savoirs, au fur et à mesure de la progression des échanges, génère des ajustements dans les rapports de place. Ces modifications continues de la relation momentanée font du statut épistémique une ressource située de la reconnaissance des actions des participants.

Les positions épistémiques concernent les affichages publics manifestés par les participants quant à leurs connaissances ; elles sont analytiquement séparées des statuts épistémiques. Selon les travaux en analyse conversationnelle (Heritage & Raymond, 2005; Raymond & Heritage, 2006), les positions endossées dans les interactions semblent avoir principalement trait à la manière de se situer dans le monde, par rapport aux autres concernant un élément particulier d'information, de connaissance et d'expertise et à la manière dont la personne se situe par rapport aux droits sur ces choses. Ces positions font partie des méthodes par lesquelles les personnes gèrent les identités, à l'occasion du déploiement des ressources pour maintenir collectivement les différentes formes de connaissances et de droits à ces connaissances. Généralement, il y a une convergence entre le statut et la position épistémique (Heritage, 2013). Le positionnement, comme action d'afficher sa position dans l'interaction, signifié dans l'énoncé par un lexique ou par une syntaxe particulière, est souvent aligné sur le statut épistémique du locuteur. Toutefois, les interactants conçoivent parfois leurs énoncés de manière à paraître plus ou moins bien informés, par rapport à ce qu'ils ne le sont réellement, ou par rapport à ce que leur confère leur statut épistémique. Autrement dit, le statut et le positionnement épistémiques des personnes se négocient dans l'interaction elle-même, c'est-à-dire dans l'organisation topicale, dans les tours de parole, dans les formats « question-

réponse », dans les activités particulières que sont l'annonce de nouvelles, les récits d'expérience (*storytelling*), etc. Les interactants reproduisent et confirment le statut épistémique initial des participants (c'est-à-dire les droits et attentes liés au cadre général de la rencontre) ou alors les remettent en question, les négocient et les transforment (Mondada, 2013). Le statut épistémique et la position sont constamment (ré)élaborés de manière réflexive par les participants à l'interaction sociale. Dans son article, Mondada (2013) analyse la relation entre le statut et la position épistémique des participants à une interaction.

Epistemic status concerns the relative positioning of participants, with reference to their knowledge distribution and knowledge access towards a given epistemic domain: status is defined by the persons' rights, responsibilities and obligations to know [...] distinguishing between relative positions of knowing (K+) or not knowing (K-) participants. Epistemic stance concerns the moment-by-moment expression of these relationships, as managed through the design of turns at talk as well as the format of specific actions: expressing an 'unknowing' stance invites the K+ participant to elaborate and elicits information from him, while a 'knowing' format tends to initiate tellings and informings and invite the other participant (K-) to confirm. (Mondada, 2013, pp.3-4)

Ainsi, la reconnaissance et la construction des actions interactionnelles déterminent l'orientation des échanges selon l'état des connaissances des coparticipants (Raymond, 2018).

2.2.1.2. Les territoires épistémiques et les rapports de place

Ces états de la connaissance renvoient aux les territoires épistémiques (Heritage, 2012a), c'est-à-dire au degré d'expertise des personnes dans un domaine particulier de connaissance. Chacun-e possède ses propres territoires d'expertise, qui peuvent être communs et partagés mais à des degrés différents. Heritage (2012) considère que « l'accès épistémique relatif à un domaine est stratifié entre les acteurs de telle sorte qu'ils occupent différentes positions sur un gradient épistémique, plus informés (K+)ou moins informés (K-), qui lui-même peut varier en pente» (p. 32). Ces états, différents pour chaque participant à l'interaction, configurent les positionnements des uns par rapport aux autres, en fonction de ce que savent les uns des expertises des autres, sur le territoire épistémique particulier de la conversation. Les statuts et les positionnements épistémiques spécifiques établissent les rapports de place des interactants, selon des configurations plus ou moins asymétriques concernant ces territoires.

Pour comprendre ce que font les autres, les interactants doivent donc constamment surveiller qui sait quoi et qui sait mieux. Ils s'intéressent ainsi à ce que savent leurs interlocuteurs afin de traiter avec soin la manière d'interagir avec eux. L'état de la connaissance d'une personne, autrement dit sa position, se donne à voir dans le lexique employé et dans la forme grammaticale de son énoncé. De fait, pour reconnaître les actions sociales dans une interaction, les participants cherchent à distinguer l'acte de questionner et celui d'affirmer. Une asymétrie du savoir se donne à voir dans ces deux types d'action (Heritage, 2012a; Sidnell, 2012) et est présentée dans le tableau ci-dessous (Tableau 1) selon la langue de référence de l'auteur :

Tableau 1: Normative knowledge asymmetry for "telling" and "asking"

	Speaker	Recipient
TELL	K+	K-
ASK	K-	K+

L'action d'affirmer (*TELL*) place le locuteur (*speaker*) en position d'interactant « sachant » (K+, pour knowledge +) et, en complémentarité, le destinataire en position de « non sachant » (K-). L'action de demander (*ASK*), considérée comme une première partie de paire adjacente oriente l'interaction vers la production de la seconde partie de la paire par le destinataire, la réponse. Cette pratique conversationnelle empirique organise les tours de parole et les positions des interactants. De la sorte, la requête d'informations place le locuteur en position K-, puisqu'il affiche une absence des connaissances qu'il va rechercher auprès de son interlocuteur ; le destinataire est considéré comme étant en position K+, puisqu'il est sollicité pour une information qu'il est supposé détenir. Tant les récits (déclarations, assertions, etc.) que les questions permettent de définir pour chaque interactant, les connaissances, et leurs différents degrés. Ces placements complémentaires se distribuent et évoluent avec la progression de l'interaction. Les territoires épistémiques jouent ainsi un rôle central dans l'organisation des séquences interactionnelles. Lorsqu'un participant manifeste le signe d'un déséquilibre d'information entre lui-même et un coparticipant, une séquence peut alors être produite pour égaliser l'asymétrie et assurer la poursuite de l'action collective en cours. Ces grandes catégories (*TELL* et *ASK*) sont nuancées dans les productions langagières grâce à des ressources lexicales et grammaticales, telles que « je pense » (Gosselin, 2015) et « je suppose » pour spécifier le degré de connaissance (K+) du locuteur. De plus, bien que l'action de poser une question témoigne *a priori* d'une position (K-), il existe des questions didactiques ou rhétoriques qui au contraire véhiculent justement un savoir implicite et un positionnement épistémique expert. Elles ont ceci de particulier qu'elles n'attendent pas de réponses. Ces « questions with no answers », traitées par Heritage (2012), montrent que le locuteur connaît la réponse à la question posée.

2.2.1.3. La dynamique des positionnements épistémiques et ses méthodes

Ce travail de distinction opéré par les interactants comporte des méthodes utilisées pour reconnaître les actions produites et, de surcroît, des méthodes sur lesquelles ils s'appuient pour produire des actions reconnaissables par les coparticipants. Il existe deux formes syntaxiques qui marquent la position épistémique du locuteur (Heritage, 2018) : l'évidence, qui concerne la provenance (la source) de l'information, et la modalité épistémique qui indique la confiance du locuteur dans ce qu'il affirme. La source de l'information peut être considérée de première main, comme dans le cas où le locuteur détient une information de sa propre expérience (ex : « la patiente a une fille ») ou selon des sources différentes, comme dans le cas où le locuteur a obtenu l'information qu'il énonce d'une autre source (ex : « le médecin m'a dit que la patiente a une fille »). Le degré de certitude (la confiance), à propos de ce que le locuteur affirme, se manifeste aussi dans la forme grammaticale de l'énoncé produit (ex : « je sais qu'elle a une fille » ; « il me semble qu'elle a une fille » ; « peut-être qu'elle a une fille » ; « je crois qu'elle a une fille », etc.). Dans la suite des travaux de Heritage (Heritage, 2012a, 2013; Heritage & Raymond, 2005), les dimensions épistémiques sont catégorisées selon l'accès à l'information, la primauté épistémique et la responsabilité épistémique (Stivers et al., 2011a). Le tableau 2 présente ces dimensions selon l'appellation dans la langue de référence des auteurs :

Tableau 2 - Dimensions of Knowledge in Conversation (Stivers, T., Mondada, L, & Steensig, J.,2011)

Dimension	Description
Epistemic access	Knowing vs not knowing Degree of certainty Knowledge source Directness of knowledge
Epistemic Primacy	Relative rights to know Relative rights to claim Relative authority of knowledge
Epistemic Responsibility	Type of knowable (Type 1 vs Type 2) Recipient design of actions Recipient design of turns

L'accès épistémique (*epistemic access*) renvoie au fait d'avoir des connaissances à propos de ce dont les participants à l'interaction parlent, autrement dit de savoir ou de ne pas savoir, ainsi qu'au degré de certitude ou de confiance des personnes à propos sur ce dont il est question. La source de la connaissance et son immédiateté (dans le sens de l'accès avec plus ou moins de sources intermédiaires) complète l'accès épistémique. La primauté épistémique, (*epistemic primacy*) concerne les droits et les devoirs de savoir, dans un contexte et une situation particuliers. Elle concerne le droit de questionner et une relative autorité dans un certain domaine de connaissances, qui est liée aux catégories définies par les actions spécifiques où les participants s'engagent. Ces droits sont liés aux catégories sociales, dépositaires des normes et des attentes culturelles. Ils sont qualifiés de « relatifs » au sens où ils sont sujets à confirmation dans les positionnements interactionnels de la relation momentanée. La pertinence locale des catégories est donc le résultat de négociations collectives entre ce qui est « référentiellement correct » et ce qui est pertinent dans un champ d'action (Mondada, 2013). La responsabilité épistémique (*epistemic responsibility*) détermine la manière dont un locuteur forme son énoncé et son tour de parole en fonction du destinataire et de la conviction qu'il a sur les connaissances de son interlocuteur (*recipient design of actions and turns*). La manière de se référer aux personnes, aux lieux et au temps, indique donc les ajustements syntaxiques et lexicaux du locuteur selon ce qu'il pense que ses interlocuteurs savent (Enfield & Stivers, 2007; Heritage, 2007; Sacks & Schegloff, 1979). Les interactants peuvent demander si l'information est ancienne ou nouvelle ; ils peuvent signifier leur accès aux connaissances énoncées et se renseigner davantage, par exemple. La séquentialité des productions langagières permet ainsi d'observer la manière dont un participant revendique ou décline certains domaines d'expertise. Elle donne également à voir comment ces positionnements épistémiques évoluent au cours de l'interaction, reconfigurant les rapports aux savoirs, de la position d'expert à novice, et vice versa.

Les individus ont une responsabilité quant à ce qu'ils ont le droit ou l'obligation de savoir. Toutefois, le collectif assume également la responsabilité épistémique conjointe d'une interaction en cours ; la gestion de la responsabilité épistémique peut faire l'objet de négociation entre les interactants (Jakonen & Morton, 2015). Keevallik (2011), cité par Jakonen et Morton (2015), note que dans les interactions quotidiennes, le manque de connaissances est régulièrement traité comme un problème commun, que la responsabilité incombe à tous

les participants plutôt qu'au seul destinataire. Selon les auteurs, dans l'interaction quotidienne, les droits à détenir des connaissances ou à demander des informations n'est pas toujours liés aux rôles des participants. Par contre, dans les contextes institutionnels où les professionnels endossent des statuts et des rôles, certains sont considérés comme ayant un accès supérieur à la connaissance dans des domaines spécifiques. Ainsi, il existe des attentes normatives spécifiques liées aux obligations et aux droits épistémiques de certaines catégories sociales, comme l'exemple du « guide », censé endosser une autorité épistémique sur les informations présentées lors de la visite (Mondada, 2013). Ces recherches montrent cependant qu'à l'instar des pratiques conversationnelles quotidiennes, les positions épistémiques dans les interactions institutionnelles sont affichées, revendiquées et négociées au fur et à mesure de l'interaction. D'autres études (Gradoux, 2017; Heritage & Maynard, 2006; Maynard & Heritage, 2005; Stivers et al., 2018; Weiste et al., 2016) se sont penchées sur les interactions entre médecins et patients. Ces études indiquent que, dans la consultation médicale générale, les domaines d'expertise spécifiques du médecin et du patient se répartissent selon l'accès et la primauté épistémique pour chaque domaine convoqué. Le patient est expert de ses symptômes, auquel il a un accès privilégié, ce qui lui permet de renseigner le médecin à propos de sa localisation, de son intensité, de sa durée, par exemple (Gradoux, 2017). L'auteur relève que la « pente » épistémique manifeste un « état épistémique » bas pour le médecin et haut pour le patient, puisque le second en sait plus que le premier sur son expérience de la maladie. Il observe également que ce rapport évolue au cours de la consultation, d'une « pente maximale » en début de présentation du problème vers une diminution progressive au fil de l'anamnèse. Le type de visite semble également influencer sur cette asymétrie épistémique : si la consultation concerne un problème aigu, avec des symptômes évidents, le médecin se positionne de façon à accéder aux informations détenues par le patient et est responsable de produire des actions (des questions, notamment) qui favorisent l'explicitation et le discours du patient. Au contraire, si la consultation s'inscrit dans la continuité d'un suivi, la pente est décrite comme plus faible car le médecin a un plus grand accès au territoire épistémique du patient, en considération des visites précédentes. L'asymétrie est inversée lorsque la visite comporte des activités de transmission de résultats d'analyses, de la verbalisation des signes médicaux ou d'annonce du diagnostic; ces activités-là impliquent des territoires épistémiques spécifiques au médecin et sont manifestées par un jargon ou un volume particulier ; elles sont du ressort et de la responsabilité du médecin. Les résultats de Gradoux (2017) montrent une différence d'activité interactionnelle multimodale entre le médecin et le patient, qui souligne que l'annonce du diagnostic par le médecin est une action préférentielle dévolue à celui-ci.

Dans le domaine des consultations psychiatriques, les discours portent essentiellement sur l'expérience du patient, à laquelle le thérapeute doit donc avoir un certain accès, pour répondre à ses descriptions et produire des formulations thérapeutiques (Savander et al., 2019; Weiste, 2015b; Weiste & Peräkylä, 2013, 2015). Celles-ci aident le patient à prendre conscience de son fonctionnement psychologique et relationnel, ainsi qu'à percevoir les expériences problématiques de manière différentes (Weiste et al., 2016), mais elles peuvent également générer des tensions en cas de désaccord. Ces dernières consistent en des déclarations d'opposition fortes aux descriptions des patients. Ces désaccords sont constitutifs des actions thérapeutiques qui sensibilisent les patients à leurs perceptions erronées ou déformées et qui remettent en question leurs schémas dysfonctionnels (Weiste, 2015a). Dans cette étude, au plan des rapports épistémiques, les thérapeutes respectent la primauté épistémique des patients, cherchant à trouver une congruence entre leurs perspectives et celles du patient, tout en validant leur expérience émotionnelle. Néanmoins, dans certains cas de désaccord, les

thérapeutes maintiennent des perspectives divergentes, en revendiquant un accès privilégié au domaine de connaissances du patient, ce qui conduit à des comportements irrités de la part des patients. Dans une étude spécifiquement consacrée aux asymétries épistémiques dans les interactions de la psychothérapie (Weiste et al., 2016), il est décrit que les actions du thérapeutes sont de deux types : les formulations et les interprétations. Les premières sont élaborées conjointement avec le patient, sur la base de la description de l'expérience intérieure de celui-ci dans la séance de thérapie, alors que les secondes sont basées sur le raisonnement propre du thérapeute. Au niveau épistémique, l'accès du thérapeute aux connaissances du patient est direct dans la formulation, puisque celle-ci est conjointement élaborée ; au contraire, les interprétations reposent sur le raisonnement du thérapeute, indisponible au patient. Les problèmes pratiques du thérapeute résident donc dans l'usage qu'il fait de ses ressources langagières pour accéder suffisamment à l'expérience intérieure du patient et créer un matériel de travail thérapeutique à partir de ces discours expérientiels. L'accès à la connaissance du patient revêt alors un enjeu majeur pour la conception et l'organisation des actions thérapeutiques, telles que la formulation et l'interprétation. Les rapports épistémiques sont donc négociés dans la relation momentanée des tandems, dans une gestion fine des asymétries épistémiques liées à l'accès aux différents territoires de connaissances en jeu.

Les environnements de formation et d'apprentissage ont également fait l'objet d'un examen fin des rapports épistémiques. De nombreux travaux en analyse conversationnelle se sont penchés sur les phénomènes d'affichage, de gestion et d'orientation des personnes par rapport à leur propre état de connaissance dans un domaine particulier en rapport avec celui des autres. Les résultats ont des implications tant sur la compréhension des interactions entre enseignants/formateurs et apprenants (Sert, 2013), que sur les interactions entre pairs (Jakonen & Morton, 2015).

La littérature consacrée à l'analyse des interactions présente une variété importante de recherches sur les enjeux relationnels en lien avec les statuts épistémiques des coparticipants, avec les positionnements constamment négociés des personnes selon l'accès, la primauté et la responsabilité épistémiques des uns par rapport aux autres. Les personnes revendiquent des connaissances ; elles les affirment, les défendent et les contestent au fil des échanges. Ces recherches rendent compte de la manière dont l'autorité épistémique est affichée, et de la manière dont elle est traitée par les interactants, confirmant ou non les statuts épistémiques du cadre interactionnel de la rencontre. L'étude des phénomènes de désaccord et d'intrusion épistémique (Bristol & Rossano, 2020) révèlent que les personnes ont le droit d'en savoir plus sur leurs propres expériences que les autres et qu'elles ont un accès supérieur aux domaines de connaissances liés à leur état physique, mental et émotionnel. Découlant d'une large revue de la littérature, les auteurs considèrent qu'adopter une position autoritaire sur des domaines d'expertise d'une autre personne peut être socialement inacceptable ; par exemple, un mauvais calibrage de l'autorité épistémique dans le domaine des sensations physiques ou du vécu personnel des émotions peut être interprété par le coparticipant comme une attaque manifeste. Selon les auteurs qui citent Kamio (1997, p. 18), quatre territoires épistémiques sont considérés comme appartenant prioritairement à l'individu, lui octroyant de ce fait une autorité épistémique supérieure à quiconque dans ces domaines :

- Les informations obtenues grâce à l'expérience directe interne du locuteur
- Les informations et les connaissances relevant de la compétence professionnelle du locuteur

- Les informations obtenues par l'expérience directe du locuteur, y compris celles qui ont été reçues verbalement par d'autres personnes et considérées comme fiables
- Les informations sur les personnes, les objets, les événements et les faits du locuteur, y compris celles qui le concernent personnellement

Pour qu'une interaction soit réussie, le calibrage épistémique des interactants est complexe et nuancé. Pour chaque domaine de la conversation, les personnes non seulement analysent les productions langagières de leurs coparticipants pour en comprendre le sens, mais elles doivent encore suivre les autorités épistémiques relatives ; cela dans le but d'évaluer si elles seront comprises de leur destinataire et ne seront pas intrusives dans les territoires épistémiques de leurs interlocuteurs. Ce travail d'analyse dynamique constitue un effort continu au cours des interactions.

2.2.2. L'ordre déontique

L'action humaine s'organise et s'élabore non seulement en fonction de ce que les personnes savent ou ne savent pas (ordre épistémique) et, en outre, en fonction des enjeux de pouvoir et de contrôle (M. Stevanovic, 2013b, 2018; M. Stevanovic & Peräkylä, 2012). Les études dans ce champ ont montré comment les participants s'orientent par rapport à leurs propres droits et responsabilités déontiques et à ceux des autres participants ; elles ont examiné la capacité des personnes à définir ce qui doit et ne doit pas être fait dans certains domaines d'action par rapport à leurs coparticipants, et lesquels d'entre eux ont l'obligation de faire ce que les autres leur disent de faire (Antaki & Kent, 2012, 2015; M. Stevanovic & Svennevig, 2015). Les droits et les obligations de demander, de décider ou de réaliser des actions dans le monde sous-tendent chaque initiative dans la relation momentanée des participants à une interaction. A l'instar de l'ordre épistémique, l'ordre déontique implique un statut et une position. Le premier fait référence à la place occupée par un participant dans un certain domaine d'action, par rapport à ses coparticipants. En tant qu'aspect de la relation momentanée, le statut est basé sur l'histoire personnelle des participants, ainsi que sur leurs positions relatives dans les structures sociétales et institutionnelles, mais aussi sur les relations qu'ils entretiennent entre eux. Les approches interactionnistes, dont nous nous réclamons dans cette étude, défendent la perspective selon laquelle les rapports de place basés sur les statuts déontiques sont relatifs, au sens où ils sont actualisés au cours des échanges. C'est dans l'interaction, et dans son déroulement effectif que le destinataire évalue le locuteur comme ayant une autorité sur lui-même ou non.

Une vaste littérature s'est intéressée aux différents environnements interactionnels, dans les pratiques quotidiennes ou institutionnelles. Les recherches ont examiné comment les rapports de pouvoir s'organisent dans les positionnements réciproques des interactants (Macbeth, 1991; Peräkylä, 2002; M. Stevanovic, 2013b, 2018; M. Stevanovic & Peräkylä, 2012; Stivers et al., 2018). Elles décrivent les asymétries de pouvoir dans les conduites des participants, la manière dont l'organisation des interactions les rendent apparentes et comment les différents cadres institutionnels se voient modifiés au cours des échanges. Ces enjeux de pouvoir sont omniprésents dans les interactions sociales par le fait que chaque action d'un participant impose des contraintes aux autres et comprend par là même une revendication du droit à le faire (Schegloff, 2007; Schegloff & Sacks, 1973; Steensig & Drew, 2008). Le destinataire peut s'aligner ou non, et sa réponse peut être affiliative ou pas. Il est plus ou moins résistant à l'autorité du coparticipant (Stivers & Hayashi, 2010; Stivers & Rossano, 2010). Lorsque le

destinataire s’aligne sur les droits déontiques attribués par le premier locuteur, il s’agit d’une « congruence déontique » (M. Stevanovic & Peräkylä, 2012), alors qu’au moment où il résiste aux contraintes imposées, on parle d’une « incongruence déontique ». Toutefois, malgré les ajustements permanents au cours de l’interaction, des asymétries plus stables sont apparentes dans les rapports de place institutionnels, tels que dans les tribunaux (Atkinson & Drew, 1979), dans les salles de classe (Macbeth, 1991) ou dans les consultations médicales (Collins, Britten, Ruusuvuori, & Thompson, 2007; Ijas-Kallio, Ruusuvuori, & Peräkylä, 2010; Ijäs-Kallio, Ruusuvuori, & Peräkylä, 2010; Peräkylä, 2002; Peräkylä, Ruusuvuori, & Lindfors, 2007; Melisa Stevanovic et al., 2020). Ainsi les droits et les devoirs des coparticipants varient selon les statuts, les rôles et la relation momentanée. Les revendications déontiques sont dites « proximales » (M. Stevanovic, 2015) lorsque le pouvoir des interactants réside dans le contrôle de l’agenda interactionnel. Elles se distinguent des revendications déontiques « distales » qui concernent les droits des personnes à contrôler et à décider de leurs propres actions et de celles des autres.

2.2.2.1. Les revendications déontiques proximales

La manière dont un premier locuteur initie, maintient et clôture une interaction indique son positionnement déontique et, par la même occasion, le rapport de place proposé aux destinataires présents dans l’interaction. Les études montrent que les réponses aux actions langagières initiales dans les interactions constituent une façon de confirmer ou de résister aux asymétries proposées. Dans le cadre des consultations médicales, par exemple, il a été démontré que certaines caractéristiques particulières des premières actions du médecin façonnent l’expression des préoccupations du patient (Collins et al., 2007). Plus précisément, la présentation du problème de santé constitue une phase cruciale de la consultation en ce qu’elle est prévue pour donner un espace d’interaction aux patients où ils peuvent présenter leurs préoccupations selon leur agenda propre (Heritage & Robinson, 2006). Les auteurs ont identifié différents types de questions formulées par les médecins. Les questions d’ordre général, comme « Que puis-je faire pour vous aujourd'hui ? » ou « Dites-moi ce qui se passe ? », sont les plus fréquentes, alors que les questions confirmatoires, telles que « Je pense que votre problème concerne X organe » le sont moins. Ces questions impliquent des positions initiales différentes de la part des médecins, tant du point de vue épistémique que déontique, et sont par conséquent traitées de manière qualitativement différentes par les patients. Les questions générales invitent les patients à présenter directement et amplement leurs perceptions personnelles, tandis que les questions focalisées réduisent la participation des patients (Robinson & Heritage, 2006). Les auteurs montrent que les patients résistent à répondre à la question initiale du médecin s’il elle ne reflète pas correctement la nature de leur problème. Lorsque les médecins ouvrent la consultation avec des questions générales et non limitatives, les patients témoignent d’une plus grande satisfaction concernant la dimension relationnelle et affective de la communication. Ce type de satisfaction semble également corrélée à une plus grande adhésion aux recommandations médicales, à une réduction du nombre de visites, ainsi qu’à une diminution des litiges lors de fautes professionnelles. Ces études montrent comment les rapports de place déontiques sont à la fois configurés par les statuts et les rôles sociaux des partenaires, et aussi dépendants des positionnements au moment-même de l’interaction. Elles montrent que la façon de formuler une question impacte non seulement la réponse en tant que telle, mais également le positionnement du destinataire.

Des recherches se sont spécifiquement penchées sur les moyens déployés par les personnes pour mobiliser les coparticipants (Stivers et al., 2018; Stivers & Rossano, 2010; Stivers & Sidnell, 2016). Les approches linguistiques considèrent que les règles de l'organisation séquentielle de la conversation servent la gestion et la coordination de l'interaction (Sacks et al., 1974). En cela, la paire adjacente <question-réponse> constitue une ressource primaire du locuteur pour que son destinataire produise une réponse. Chacune des caractéristiques de la question (la morphologie lexico-syntaxique interrogative, la prosodie interrogative, le regard du locuteur orienté vers le destinataire et la position épistémique asymétrique haute du locuteur) augmente la responsabilité du bénéficiaire de produire une réponse (Stivers & Rossano, 2010). Plus largement, cette étude a mis en évidence qu'en position séquentielle initiale, la conception du tour de parole et les caractéristiques de la question peuvent être utilisées par le locuteur pour exercer une pression (minimale ou maximale) afin de faire réagir un coparticipant.

Poser une question est donc en mesure d'imposer des contraintes plus ou moins importantes au destinataire et de placer ainsi l'auteur de la question dans une position déontique de pouvoir. Selon Stivers et Hayashi (2010), tant qu'une personne est en position de poser des questions, elle détient en partie le contrôle de la conversation. Par exemple, la forme de la question contraint la conception de la réponse. Une question polaire du type « Êtes-vous prêt à commencer ? » contraint la réponse à « oui » ou « non » (Raymond, 2003). Selon l'auteur, les destinataires, la plupart du temps, respectent les contraintes qui leur sont imposées et répondent aux questions dans les termes posés. Toutefois, ils peuvent également résister à ces contraintes et utiliser des réponses « transformatrices » (Stivers & Hayashi, 2010) qui leur permettent de modifier rétroactivement les termes de la question initiale. Ces réponses reflètent un certain degré de résistance aux présuppositions sous-jacentes de la question, sans pourtant perturber la progressivité de la séquence, contrairement à la contestation qui peut exiger une reformulation de la question. La résistance se situe dans le fait de ne pas répondre à la question telle qu'elle a été posée mais à un certain aspect seulement. Les auteurs considèrent que les destinataires faisant usage des réponses transformatrices ne coopèrent pas pleinement avec l'auteur de la question : ils se désalignent lorsqu'ils résistent aux termes dans lesquels la question est posée et se désaffilient lorsqu'ils résistent à ce que le premier locuteur essaie d'accomplir dans l'interaction avec sa question. On est ainsi à même de mesurer le degré de la coopération du destinataire selon qu'il résiste en se désalignant seulement ou se désaligne en se désaffiliant. Les réponses transformatrices qui modifient l'agenda de l'interaction représente la configuration de transformation la moins coopérative, car la réponse fournie est la plus éloignée de la question posée.

Il y a une autre forme de résistance au rapport déontique suggéré par le positionnement initial d'un locuteur, et c'est dans la formulation de confirmation d'un locuteur quand celle-ci n'est pas pertinente dans l'échange (Stivers, 2005). Cette pratique consiste à répéter une affirmation déjà énoncée par un autre participant sous une forme modifiée. L'auteure soutient que ces répétitions modifiées du destinataire impactent la revendication des droits et de la primauté du premier locuteur d'exprimer sa déclaration. De telles répétitions modifiées peuvent être partielles, survenant après une déclaration épistémiquement atténuée du premier locuteur, ou complètes, lorsqu'elles sont placées après une déclaration sans atténuation de positionnement dans l'interaction. L'étude de Stivers (2005) conclut que les réponses répétitives sont utilisées pour résister aux termes de la question et confirment le contenu de la déclaration initiale, tout en affirmant un droit épistémique et déontique du destinataire à l'égard du topic traité.

Les destinataires font usage de ressources langagières multimodales pour gérer l'interaction et pour contrôler temporairement la dynamique déontique de l'échange (McKinlay & McVittie, 2006). Les participants produisent un ensemble de ressources, telles que les rires ou les transitions topicales, comme alternatives à l'expression ouverte d'un désaccord. Toute marque de désaccord entre les participants contribue donc à renseigner les enjeux de pouvoir entre les participants et la transformation des rapports de place. Les désaccords ont notamment été étudiés en contexte psychothérapeutique, pour rendre compte de la manifestation des changements thérapeutiques d'une patiente (Voutilainen, Peräkylä, & Ruusuvuori, 2011). Dans cette étude, l'accent est mis sur le processus de changement dans les séquences d'interaction (conclusions du thérapeute et réponse de la patiente à celles-ci). Dans ses conclusions, le thérapeute examine et remet en question la tendance de la patiente à transformer ses sentiments de déception et de colère en blâme. Au cours de la thérapie, les réponses de la patiente à ces conclusions sont remaniées : d'abord, elle rejette la conclusion, puis, elle est ambivalente et finalement, elle est d'accord avec le thérapeute. Ces changements de postures indiquent non seulement l'évolution des représentations de la patiente, mais ils rendent compte aussi des ajustements réciproques et négociés dans les rapports de place. Selon les auteurs, il semble que le changement ne soit pas uniquement un changement dans les actions langagières de la patiente, mais plutôt un changement dans les actions et les compréhensions communes. Les analyses ont montré que la résistance de la patiente était liée à la formulation conclusive de la déclaration, typique des séquences de clôture. Dans le contexte séquentiel de la réponse à la conclusion du thérapeute, la patiente a affirmé que sa position était encore ambivalente et qu'il fallait poursuivre la discussion. Dans d'autres contextes séquentiels, la patiente paraissait davantage prête à exprimer des sentiments négatifs ou douloureux et à développer de nouvelles représentations d'elle-même.

En synthèse à la question des revendications déontiques proximales, l'action langagière est considérée comme une manifestation de la revendication déontique d'un locuteur, qui est sensible à sa position séquentielle dans l'interaction, à sa forme multimodale et à la posture épistémique de son locuteur. Les rapports de place qu'elle suppose génèrent, dans les interactions, des positionnements de la part du destinataire qui confirment ou résistent aux asymétries proposées.

2.2.2.2. Les revendications déontiques distales

Outre les droits de déterminer ce qui va se passer dans le moment interactionnel (revendication déontique proximale), les personnes s'orientent également vers leurs droits respectifs de faire des demandes ouvertes pour des actions futures spécifiques (Curl & Drew, 2008; Heinemann, 2006) ou des décisions à leur sujet (M. Stevanovic & Peräkylä, 2012). Les revendications déontiques distales impliquent des rapports de place qui ont trait aux droits et aux obligations de demander, de décider et de réaliser des actions dans le monde. Faire une demande à quelqu'un implique de formuler son énoncé de sorte à obtenir une réaction particulière du destinataire. Sans prétendre à la revue exhaustive de la littérature en linguistique concernant le phénomène de la requête, nous rappelons que la demande comporte une relation indirecte entre la forme et les sens de l'énoncé et sa force illocutoire (Searle, 1968). La littérature sur les actes de langage vise à formuler les conditions nécessaires pour la structuration d'un énoncé afin que le destinataire puisse déduire ce que le premier locuteur lui demande et qu'il exécute l'acte voulu. Les formes syntaxiques des demandes indiquent l'orientation des locuteurs par rapport à l'éventualité que le destinataire accède à la

requête (Curl & Drew, 2008). Ces auteurs ont examiné les deux formes les plus fréquentes en anglais, que sont la forme interrogative « *Would/could you do X ?* » (en français « Pourrais/voudrais-tu faire X ? »), et la forme déclarative « *I was wondering if you/I could do x* » (en français « Je me demandais si tu/je pouvais faire X ? »). La sélection d'une forme ou l'autre reflète la posture du locuteur quant à son droit de présenter cette demande et aux éventualités de l'acceptation de la demande par le destinataire. D'autres études se sont spécifiquement intéressées à ce phénomène et ont, par exemple, montré que les structures de l'énoncé interrogatives, telles que « Pourriez-vous passer le sel ? » et « Ne pourriez-vous pas passer le sel ? », ne sont pas utilisées de façon interchangeable (Heinemann, 2006). La manière de formuler la requête impacte l'interaction en ce qu'elle indique la posture du locuteur dans ce qu'elle estime être un droit de formuler la question et une obligation du destinataire d'y répondre. Ce dernier peut résister à la demande ou s'y conformer, en fonction de la manière dont il traite la légitimité du premier locuteur à formuler cette requête. En outre, le domaine d'action pertinent à chaque moment de l'interaction dépend des objectifs des participants en ce qui concerne l'interaction en cours.

Les notions de statuts et de position déontiques distales sont parallèles à celles de l'ordre épistémique. Le statut déontique concerne le pouvoir/le droit d'une personne de décider d'une action (pour soi ou pour une autre personne) dans un certain domaine ; ce droit peut être revendiqué dans l'interaction ou non. Ainsi, l'évaluation des participants sur leur statut déontique relatif, les uns par rapport aux autres, est essentielle pour comprendre si un énoncé doit être interprété comme une demande d'action, et pour déterminer ensuite la position à adopter. À l'instar des rapports de place dans l'ordre épistémique, le statut et la position déontiques sont généralement congruents (M. Stevanovic & Peräkylä, 2014). Le positionnement des personnes, cependant, risque parfois de donner à voir des reconfigurations des rapports de place (Heritage, 2013) ; par exemple, lorsqu'une évaluation des droits et des devoirs du destinataire ne concorde pas avec ceux qui sont sous-entendus dans la position du premier locuteur. Il appartient donc au destinataire d'effectuer « une analyse » des différences entre les statuts relatifs des participants et leur positionnement, et de prendre une position par rapport aux demandes et aux droits des coparticipants à les formuler, et aux implications de ces demandes sur leurs propres actions futures. Ces « analyses » en cours d'interaction ont été étudiées dans plusieurs contextes comme dans des conversations quotidiennes (Craven & Potter, 2010; Heritage, 2013; Stivers & Sidnell, 2016), les situations pédagogiques (Macbeth, 1991; M. Stevanovic & Weiste, 2017) et consultations médicales (Antaki & Kent, 2012; Curl & Drew, 2008; Heinemann, 2006; Peräkylä, 2002; Melisa Stevanovic et al., 2020).

Orienter l'action des coparticipants a fait l'objet de nombreuses recherches en analyse conversationnelle qui rendent compte des pratiques langagières visant à proposer des activités, et à les transformer, et aussi à suggérer ou à offrir des actions (Stivers et al., 2018; Stivers & Sidnell, 2016). La planification conjointe d'une ou plusieurs activité(s) future(s) consiste en la formulation de propositions d'actions et d'évènements à venir, et en l'acceptation ou le rejet de ces propositions par les coparticipants (M. Stevanovic, 2015). Selon l'auteure, les acceptations et les rejets peuvent être pertinentes pour une proposition. Pourtant, étant données les règles sociales qui tendent à maximiser la solidarité mutuelle (Heritage, 2007; Sacks & Schegloff, 1979), il apparaît que les acceptations des destinataires aux propositions des locuteurs soient les réponses préférentielles dans les interactions humaines. Ainsi les actions privilégiées tendent, de la sorte, à être plus rapidement réalisées que les

actions rejetées ; ces dernières surviennent avec un certain retard qui atténue la force de la réponse et favorisent l'évitement du désaccord explicite. Elles permettent également au participant ayant fait sa proposition de la retirer (Schegloff, 2007).

Dans le domaine médical notamment, l'autorité déontique des recommandations de traitement n'est pas absolue. Il appartient aux patients de décider s'ils acceptent une recommandation de traitement et s'ils veulent la mettre en œuvre ou non (Stivers et al., 2018). Les auteurs relèvent que la recommandation des traitements médicaux varie du point de vue des dimensions déontiques que sont la nécessité, l'opportunité de l'action demandée et le droit du locuteur. La nécessité varie entre l'ordre et la proposition ; l'opportunité de l'action demandée varie entre la demande et l'avertissement ; le droit du locuteur, quant à lui, varie entre l'ordre et la suggestion. Les énoncés pris en compte dans l'étude comprennent des formes aux positions déontiques plus ou moins fortes. Les prescriptions sont les formes déontiques les plus fortes : « Je vais vous prescrire X », « Je vais vous mettre sous X », « Vous allez prendre X durant quelques jours », « Je pense que nous devons vous donner X ». Les patients peuvent plus ou moins résister à ces prescriptions, ce qui implique des choix de la part du médecin ayant pour but de décourager la résistance du patient. Les prescriptions se différencient des suggestions en ce qu'elles laissent clairement la décision finale au patient. Les propositions se situent pour leur part entre les prescriptions et les suggestions : elles impliquent en effet que le médecin recommande un traitement d'une manière qui invite spécifiquement à l'approbation ou à la collaboration du patient. Vues sous l'angle des revendications déontiques, les propositions envisagent un partage de l'autorité déontique dans la mesure où elles ne présentent pas le traitement comme étant entièrement à la charge du médecin ou à la discrétion du patient. Les prescriptions, les suggestions et les propositions comportent une même revendication déontique forte de la part du médecin concernant un monopole de la recommandation. En revanche, dans les actions d'offre, le médecin conçoit le patient comme l'instigateur de la recommandation, ce qui octroie une plus grande actorialité au patient. La formulation des offres, telles que « Aimeriez-vous X » ou « Voulez-vous X » intègre le poids des préférences du patient. Selon Stivers et al. (2018), l'importance particulière des offres réside dans le fait que le médecin renonce à sa responsabilité déontique, tant pour l'initiation de la recommandation que pour la décision, alors que dans les prescriptions, les médecins conservent la responsabilité de l'initiation du traitement et de la décision. Les responsabilités déontiques se distribuent entre ces deux pôles. Au moment où les médecins émettent des suggestions, ils ne renoncent qu'à la responsabilité de la décision, mais conservent la responsabilité de leur recommandation. En formulant une proposition, par contre, les médecins revendiquent la responsabilité de l'instigation de la recommandation, tout en partageant avec les patients la responsabilité de la décision finale. Les recherches dans le domaine des interactions médicales montrent les rapports de place comme ils se configurent en fonction de la formulation des recommandations. Les médecins prennent une position haute par rapport au patient, témoignant d'une autorité déontique (et épistémique) basée sur les statuts et les contingences spécifiques de l'interaction médecin-patient. Cette asymétrie présumée se voit nuancée en fonction de la position prise par des médecins et des patients, au moment de la rencontre.

Les revendications déontiques, proximales et distales, semblent influencées par de nombreux aspects des interactions sociales : les statuts déontiques relatifs, l'engagement individuel ou collectif des participants dans l'activité en cours, les formes multimodales des productions langagières des participants à une rencontre. La prise en considération de l'ordre déontique se

révèle essentielle pour comprendre les activités collectives, quotidiennes ou institutionnelles, de même que les rapports de place tels qu'ils se négocient dans les interactions.

2.2.3. L'ordre émotionnel

L'ordre émotionnel en tant que dimension constitutive des interactions a été investigué par des champs d'études très variés. Dans ce chapitre, nous sélectionnons, au sein ce vaste panorama scientifique, ce qui concourt à éclairer conceptuellement notre objet de recherche, selon une congruence théorique et méthodologique avec notre propre démarche ; nous excluons de fait un pan de la littérature consacré aux émotions en tant que vécu subjectif et interne à l'individu.

Cette partie du cadre théorique s'intéresse aux émotions, telles qu'elles se manifestent dans les interactions et telles qu'elles se donnent à saisir dans les échanges entre les individus participants à une activité langagière conjointe. Nous présentons tout d'abord une brève synthèse de la diversité théorique des émotions dans la littérature (2.2.3.1). Nous développons ensuite les fondements d'une définition sociale des émotions, où l'analyse interactionnelle considère les émotions dans leurs processus de régulation collective (2.2.3.2). Nous nous intéressons ensuite aux phénomènes relationnels et à leurs enjeux dans les activités langagières (2.2.3.3), comme les récits d'expériences vécues (*storytelling*). Nous portons finalement une attention particulière aux phénomènes d'implication émotionnelle et d'affiliation (2.2.3.4).

2.2.3.1. Conception scientifique générale de l'émotion

Bien que de nombreuses recherches aient été menées pour cerner et comprendre les émotions et leurs expressions, il n'existe pas de consensus sur une définition générale commune dans les communautés scientifiques et professionnelles. Au cours de l'histoire, les émotions ont été l'objet d'études selon différentes disciplines, dont la psychologie, la neurobiologie ou l'éthologie. Dans les champs de la psychologie expérimentale, des neurosciences et de la psychiatrie, l'émotion est définie de manière large comme « une configuration d'éléments psychologiques, comportementaux, moteurs, neurophysiologiques et biochimiques, reflétant un besoin donné du sujet et aboutissant à diverses actions » (Schulz & Magistretti, 2012). Elle est considérée selon deux facettes principales, l'une dite subjective et psychologique et l'autre dite objective ou physiologique. La première décrit les émotions comme une expérience intérieure, vécue par l'individu et ayant une influence sur les motivations du sujet, alors que la seconde définit les émotions comme des changements physiologiques (moteurs, comportementaux et neurophysiologiques), modifiant les expressions, la biologie et les comportements du sujet. Dans ces champs, il existe trois catégories d'émotions :

1. *Les émotions primordiales* : la faim, la soif ou les désirs sexuels ; elles sont décrites comme des « instincts [...], des états motivationnels dus à des changements biologiques », qui « déclenchent des comportements stéréotypés visant à satisfaire un besoin précis » et qui « s'accompagnent d'un vécu subjectif intense, proportionnel à la puissance d'expression de l'instinct » (Schulz & Magistretti, 2012, p.122).
2. *Les émotions primaires* : à la suite de Descartes (1596-1650) et Darwin (1809-1882), elles ont été étudiées dans leur aspect subjectif et pour les comportements adaptatifs qu'elles suscitent. Considérant leur caractère inné ou acquis, elles visent à l'équilibre de

l'individu dans son environnement, sont caractérisées par des expressions du visage et du corps, et sont accompagnées de changements physiologiques (systèmes respiratoire, cardiovasculaire, hormonal, etc.). Dans le sillage de Darwin (Darwin, 1873), de larges études ont été menées pour décrire l'expression faciale des émotions, au-delà des différences culturelles (Ekman, 2006; Ekman & Friesen, 1971, 2003). Sans réel consensus, les listes qui les présentent varient entre quatre et dix émotions, dont l'amour, la résignation, le mépris ou la frayeur.

3. *Les émotions secondaires* : moins intenses que les émotions primordiales et primaires du point de vue des modifications biochimiques et physiques, elles dépendent des apprentissages ; elles sont donc influencées par la culture et l'histoire personnelle de l'individu. Plus nombreuses que les précédentes, elles représentent des composites d'émotions primordiales et primaires (adoration, nostalgie, empathie, culpabilité, honte, jalousie, etc.).

La variété des approches dans les champs disciplinaires de référence explique sans doute la difficulté à établir une définition de l'émotion. Des modèles théoriques sous-tendent ces approches et orientent les définitions, les méthodologies de recherche et les retombées pratiques dans les pratiques professionnelles des métiers de l'humain.

Notre recherche s'inscrivant dans la perspective interactionnelle des actions humaines, nous nous intéressons aux émotions comme un processus socio-relational impliquant des interactions sociales passées, présentes ou futures.

2.2.3.2. La définition sociale des émotions : un processus de régulation collective

Dans une perspective centrée sur l'individu, la régulation de l'émotion est considérée comme une compétence individuelle impliquant un processus par lequel les personnes ont une influence sur leurs propres émotions (nature et moment du vécu), ainsi que sur la manière de les éprouver et de les exprimer (Gross, 1998a, 1998b). Dans une perspective sociologique, certains facteurs socioculturels influencent la manière dont les individus régulent leurs expériences émotionnelles et leur expression (Goffman, 1974; Hochschild, 1979). En présence d'autrui, l'individu adapte l'expression de ses états émotionnels selon ce qu'il estime être approprié dans une situation donnée. Cette évaluation est définie selon les règles de gestion des émotions qui sont implicites dans toute posture idéologique, évaluation entendue comme un cadre interprétatif à même d'être décrit en termes de règles de cadrage « framing rules » (Goffman, 1974) et de règles de sentiments « feeling rules » (Hochschild, 1979). Les règles de cadrage sont définies par ces auteurs comme les règles sur la base desquelles un individu attribue des définitions et des significations aux situations. Selon Hochschild (1979), les règles de sentiments concernent les principes qui déterminent la manière dont un individu évalue l'adéquation entre un sentiment et une situation. Dans cette même perspective, Le Breton (2004) relève que l'émotion n'a de réalité que dans un univers social de sens et de valeur :

L'émotion n'a pas de réalité en soi, ne puise pas dans une physiologie indifférente aux circonstances culturelles ou sociales. Elle s'inscrit plutôt à la première personne au sein d'un tissu de significations et d'attitudes qui imprègne simultanément les manières de la dire et de la mettre physiquement en jeu. Elle est donc une émanation sociale rattachée à des circonstances morales et à la sensibilité particulière de l'individu. Elle n'est pas spontanée, mais rituellement organisée, reconnue en soi et signifiée aux autres, mobilise un vocabulaire, des discours. Elle relève de la communication sociale. (p.4)

Il rappelle le caractère socialement construit des émotions, de leurs manifestations (mimiques, gestes, postures) malgré leur fond biologique. Les émotions constituent ainsi une manière de

se « reconnaître » et de communiquer sur les états affectifs. En ce sens, elles constituent des modes d'affiliation à une communauté sociale (Le Breton, 2004).

En analyse interactionnelle, il s'agit d'étudier à la fois la manière dont l'expression des émotions est régulée par les contextes sociaux des rencontres et la manière dont les participants à l'interaction influencent la situation en cours (Fiehler, 1990). L'intérêt est porté sur la façon dont les participants à une interaction expriment leurs émotions en situation, ainsi que sur les modalités communicationnelles auxquelles ils ont recours. Les travaux en microsociologie et en analyse conversationnelle ont conceptualisé l'émotion comme une manifestation multimodale d'une posture ou d'un vécu affectif (M. H. Goodwin, Cekaite, & Goodwin, 2012; M. H. Goodwin & Goodwin, 2000), d'un « état intérieur » (Traverso, 2000, p.206), d'un « état affectif » (Le Breton, 2004), ou selon le terme plus large d' « affect » ; ce dernier terme inclut ce qui a trait à l'implication émotionnelle, c'est-à-dire les émotions primaires et secondaires, les dispositions, les attitudes et la « position » (Stivers, 2008; Voutilainen et al., 2014); autrement dit, « the term stance refers to the teller's affective treatment of the events he or she is talking about, or in a broad sense, to the emotional valence of the events as expressed by the teller » (Sorjonen & Peräkylä, 2012). Les émotions sont définies comme des « démonstrations » réalisées dans des contextes interactionnels (Selting, 2010) avec des intentions communicatives (Harré, 1986). Elles font donc événement dans le cours des interactions et sont, en ce sens, des performances sociales qui sont gérées collectivement par les participants en vue d'une réalisation des objectifs communs (Hochschild, 1979, 2012).

Dans ce cadre conceptuel, la littérature rend compte de la multimodalité de l'expression des émotions. Alors que certaines recherches se concentrent sur l'affichage verbal (Bamberg, 1997; Couper-Kuhlen, 2009) ou vocal (Couper-Kuhlen, 1999; Roux, Christophe, & Passerieux, 2010; Selting, 1994; Weiste & Peräkylä, 2014), d'autres intègrent également la communication faciale et gestuelle entre les participants (M. H. Goodwin & Goodwin, 2000; Lakin & Chartrand, 2003; Local & Walker, 2008; Peräkylä et al., 2015; Peräkylä & Ruusuvuori, 2012; Peräkylä & Sorjonen, 2012; Stivers, 2008; Weiste & Peräkylä, 2014). Une grande diversité d'études associe des méthodologies variées (et parfois mixtes) pour appréhender et décrire les combinaisons multimodales des ressources langagières (Peräkylä et al., 2015; Voutilainen et al., 2014; Voutilainen, Henttonen, et al., 2018), dans différents contextes linguistiques (Berger & Lauzon, 2016; Prior & Kasper, 2016) et sociaux, tels que les soins (Heritage & Maynard, 2006; Peräkylä, 1997; Robinson & Heritage, 2006; Ruusuvuori, 2005, 2007; Ruusuvuori & Voutilainen, 2009; Stivers et al., 2018) ou la psychothérapie (Machado, Beutler, & Greenberg, 1999; Muntigl et al., 2012; Peräkylä, 2008; Voutilainen, Peräkylä, & Ruusuvuori, 2010b; Weiste & Peräkylä, 2014). Pour se pencher sur la multimodalité de l'expression des émotions, les recherches en analyse conversationnelle ont décrit le rôle des comportements dans les productions langagières. De nombreuses études se sont ainsi intéressées au rôle de l'expression faciale dans l'organisation des tours de parole et dans la réciprocité de ces expressions (Kaukomaa et al., 2013, 2015; Peräkylä & Ruusuvuori, 2006, 2012; Ruusuvuori & Peräkylä, 2009), considérant le corps humain comme un centre de production d'actions et de significations (C. Goodwin, 2007). Les expressions faciales et les gestes de la main sont considérés comme des actes visibles de signification, « *visible acts of meaning* », inséparables des mots par le truchement desquels ils surviennent, incarnant de la sorte un message intégré (Bavelas & Chovil, 2000). Bien plus que des mouvements kinésiques, les actes visibles sont également considérés comme ayant une valeur symbolique, avec des fonctions syntaxiques et sémantiques, et pouvant représenter des objets, des actions, des événements ou des personnes absentes de l'instant. La fonction

syntaxique des manifestations comportementales d'un locuteur intègre entre autres les mouvements de sourcils montants ou descendants, qui servent à souligner un propos ou à marquer une question, par exemple. La fonction sémantique permet au locuteur d'ajouter des informations aux mots ; ces manifestations peuvent être redondantes au contenu verbalisé, comme par exemple des réactions personnelles à ce dont parle le locuteur (des haussements d'épaules, des consentements, etc.) ; elles peuvent en outre sembler non redondantes aux informations verbalement formulées, en ajoutant un contenu uniquement par le comportement, ce qui signifie notamment une réaction personnelle à ce dont il est question dans l'énoncé. La dimension sémantique englobe les manifestations de tous les participants, du locuteur et du destinataire. Selon les auteurs, ces actes sont également affectés par la présence ou l'absence d'un destinataire, augmentant significativement lors de contacts visuels avec l'interlocuteur ou lors d'activités ayant un but avéré de communication, et décroissant dans des situations non interactionnelles. D'autres auteurs envisagent les expressions faciales des interactants dans leur séquentialité, formant un contexte interactionnel qui guide les tours de parole (M. H. Goodwin & Goodwin, 2000; Kaukomaa et al., 2013; Ruusuvuori & Peräkylä, 2009). Par exemple, lors de récit d'expériences vécues (*storytelling*), Ruusuvuori & Peräkylä (2006 ; 2009) ont relevé que les expressions faciales, couplées avec le discours, rendent manifeste l'implication affective du narrateur liée au discours produit, et permettent de créer une compréhension partagée de la signification d'une histoire. Elles agissent donc parallèlement aux indices lexicaux et procurent au destinataire du récit des indications sur la posture affective du narrateur, s'assurant ainsi une réponse appropriée. Elles sont une ressource pour le narrateur et le destinataire, tant pour la construction de la signification que pour la configuration des rapports de place entre les participants. Les expressions faciales, ou leur absence, rendent observable, de surcroît, la relation affective momentanée durant l'activité langagière des participants. Dans la continuité des travaux sur les expressions faciales lors d'énoncés évaluatifs (Peräkylä & Ruusuvuori, 2006), les recherches montrent que bien au-delà de la temporalité des énoncés verbaux, l'expression faciale semble étendre les limites des stricts tours de parole:

So in an intriguing way, the face seems to be able to stretch the temporal boundaries of an action : to make some aspect of it begin before the turn at talk that conveys it begins, and to make some aspect of it persist after the turn at talk that has conveyed it has been completed. We might suggest that this temporal flexibility of the face also enforces the role of face as one subtle and easily deployable device in securing shared understanding and affiliation. (Ruusuvuori et Peräkylä, 2009, p.393)

Ainsi, la multimodalité de la manifestation des émotions comprend la dimension strictement verbale (lexique, syntaxe), les comportements (gestes, mimiques du visage, etc.), au même titre que d'autres indices tels que les aspects vocaux (prosodie, phonétique, silences) et l'organisation séquentielle des tours de paroles (Local & Walker, 2008; Selting, 1994). Si les expressions faciales constituent des actes visibles de la signification que les locuteurs donnent à leurs récits, elles semblent remplir un rôle central dans la transmission de l'émotion ou plus largement de l'expérience affective (Ekman, Friesen, & Ancoli, 1980).

2.2.3.3. Les phénomènes et les enjeux relationnels des émotions dans les interactions

La communication d'une dimension affective dans les interactions concerne tous les participants à l'interaction (locuteur et destinataires) et se déploie dans la dynamique séquentielle des tours de paroles (Kaukomaa et al., 2013). Les récits d'expériences (*storytelling*)

constituent des stratégies courantes pour rendre compte des émotions. L'histoire expose les personnages, les circonstances et les événements, et présente de façons multimodale la posture affective du narrateur dans le contexte de son énonciation. Le récit vise alors à rendre l'affect du narrateur compréhensible pour les destinataires. Les affects constituent, en ce sens, des objets discursifs et non de simples sensations. En tant que tels, ils doivent être présentés de manière intelligibles, justifiables et situés dans un ensemble de relations et d'actions sociales (Selting, 2010; Stivers, 2008; Voutilainen et al., 2014). L'interprétation de l'expression d'une affectivité dépend donc de l'activité interactionnelle dans laquelle l'affect est manifesté. Dans une conversation, l'interprétation est négociée localement par les interactants. Des ressources multimodales sont mobilisées par le narrateur et le destinataire pour reconstruire les positions affectives évoquées de la situation de référence et les rendre interprétables dans l'instant de la narration. Le narrateur gère, pour ainsi dire, son affect par une mise en scène de la reconstruction discursive et par une présentation adaptée à son interlocuteur (*recipient design*). Il réagit également aux manifestations du destinataire de manière particulière pour réguler et adapter son récit en vue de négocier de manière collaborative l'interprétation à donner à la position affective affichée. Selon la littérature consacrée à l'étude de ces phénomènes interactionnels, l'affectivité désigne cette implication affichée et sa gestion dans l'interaction (Selting, 2010). La démonstration d'une affectivité dans les récits s'avère complexe en ce qu'elle n'est pas seulement un affect vécu dans la situation interactionnelle de l'instant, mais également un affect « reconstruit », issu de la situation originale.

[...] affectivity is shown to be managed by teller and recipient in storytelling sequences in conversation, involving both the reporting of affects from the story world as well as the negotiation of in-situ affects in the here-and-now of the storytelling situation. (ibidem, p. 229)

The reconstructed affect of the storyworld may not be the same in kind or in strength, as the original one in the real world; reconstructed affects may be presented as either stronger or the same or milder than the original one, depending on the particulars of the situation and the speaker's self presentation in it. Nevertheless, apart from presenting reconstructed affectivity, the storyteller also displays emotively involved assessments or evaluations of the events presented as in-situ displays of affectivity. These latter both show the storyteller's stance toward the events told in the story and make relevant the story recipients' responses to the storytelling. (ibidem, p. 231)

La construction d'un récit d'expérience vécue est une activité conjointement menée par les interactants. Le narrateur non seulement produit un discours contenant les informations nécessaires à la compréhension des événements et de la posture affective qui l'accompagne, mais il suscite également, par des ressources verbales et gestuelles, la réponse qu'il attend de la part de son interlocuteur. Une large littérature rend compte des ressources mobilisées dans l'obtention et la production de la réponse attendue au récit déployé. Elles ont montré, par exemple, comment narrateurs et destinataires organisent leur discours ainsi que leurs expressions faciales pour manifester leur état affectif en lien avec ce qui est discuté (Kaukomaa et al., 2015; Ruusuvuori & Peräkylä, 2009). Ils ont montré que l'expression faciale contribue à la production interactionnelle d'une compréhension partagée de la signification d'un récit d'une expérience vécue. Elle permet au narrateur de montrer sa posture affective à certains moments de son récit, s'assurant ainsi la réponse appropriée de la part de son interlocuteur. D'autres études rendent compte plus spécifiquement des ressources langagières du destinataire en tant que contribution dans la production d'un récit (Kaukomaa et al., 2015; Ruusuvuori & Voutilainen, 2009; Sugita, 2012; Voutilainen et al., 2010b). L'élaboration conjointe d'une signification partagée s'apparente à un partage d'affects, de représentations ou d'actions (Nettle & Dunbar, 1997; Peräkylä et al., 2015; Traverso, 2000).

Cette construction du sens de l'histoire et de l'évaluation de l'affectivité du narrateur répond à une organisation collective pour la complétion du récit. La trajectoire interactionnelle et le rôle respectif des participants ont été étudiés par des recherches centrées soit sur le phénomène du *storytelling* ou de la confiance, soit sur des pratiques langagières spécifiques en contexte conversationnel de récit d'expériences, telles que les hochements de tête, la prosodie, etc.

A la suite des premières recherches sur les *storytelling* (Sacks, 1974), les études ont mis en lumière que l'organisation du récit, de même que les manifestations des positions affectives, comportaient trois phases: a) la préface ; b) le développement du récit et l'apogée de l'histoire, c) la réponse du destinataire au récit et à l'affectivité évoquée (Selting, 2010). Dans ses études sur la confiance, Traverso (2000) identifie quatre étapes dans le déroulement prototypique d'une séquence : a) l'ouverture, initiée par le locuteur, dépend de l'acceptation de la part du confident de la focalisation proposée par le locuteur ; b) l'exposition, durant laquelle le locuteur donne accès à l'état affectif qui accompagne son récit, et le confident participe à la construction du récit par une attitude d'écoute (silence laissant l'espace discursif au locuteur), par des questions, des demandes de précision ou de confirmation, ou par des reformulations ; c) le partage lors duquel le confident manifeste son soutien ; d) la clôture qui consiste à partager une définition commune de la séquence et à terminer l'échange. Le rôle du narrateur consiste à produire un développement discursif sur son « l'état intérieur », à partir duquel le destinataire peut identifier un évènement (ou une série d'évènements) provoquant un état affectif. Les attentes des partenaires sont issues de la distribution des rôles dans les pratiques quotidiennes des *storytelling*. Les interactions sont organisées de sorte à ce que les interactants manifestent une adhésion à une posture affective partagée à l'apogée du récit. Il est attendu que le destinataire endosse la perspective ou la posture du narrateur, qu'elle soit drôle, triste, étrange, etc. (Selting, 2010; Stivers, 2008). Il produit pour cela des signes d'affiliation dans la séquentialité des échanges en cours de récit (milieu et fin de récit).

Lorsque les recherches s'intéressent à la dynamique interactionnelle des *storytelling* et à la dimension affective en particulier, deux phénomènes sont détaillés pour décrire les pratiques: l'implication des participants et les processus d'affiliation.

2.2.3.4. L'affectivité en interaction : implication et affiliation

Nous avons montré que les recherches dans le domaine de l'affectivité en interaction ont contribué à la description fine de phénomènes micros (telles que les indices multimodaux de l'affectivité d'un locuteur) et ont ainsi renseigné des activités conversationnelles plus larges (les *storytelling*, la confiance ou des pratiques institutionnelles comme la psychothérapie ou les consultations médicales, par exemple). Pour saisir précisément la dynamique interactionnelle, à la fois séquentielle et simultanée, de la gestion collaborative de l'affectivité, nous revisitons cette littérature sous les angles de l'implication et de l'affiliation. La partie descriptive fine des indicateurs d'une implication émotionnelle ou d'une affiliation sont présentés dans le chapitre méthodologique 4.3.4.3.

En bref, la signalisation d'une affectivité dans les interactions est gérée par les participants selon une distribution dynamique des rôles, qui découle de l'activité conversationnelle en cours. De nombreuses recherches ont étudié le phénomène de la reconstruction des émotions dans un récit et les manifestations affectives qui les accompagnent au moment de la narration. Le narrateur d'une histoire recourt à des ressources multimodales variées pour faire

comprendre sa posture affective au destinataire. Il formule des énoncés émotionnellement impliqués ou des évaluations qui concernent les événements relatés. Il organise son récit de sorte à rendre interprétables et intelligibles à la fois ses affects évoqués et ceux de la situation interactionnelle d'énonciation. Les discours ou les pensées rapportés constituent l'une des ressources discursives privilégiées dans les récits d'expérience pour indiquer la posture affective du narrateur. Les personnes et les événements convoqués dans les discours rapportés sont présentés de façon à rendre interprétables l'implication émotionnelle et les affects particuliers du narrateur (Bangerter, Mayor, & Pekarek Doehler, 2011; Niemelä, 2005). Ces pratiques ont fait l'objet d'une large littérature que nous détaillerons dans le chapitre méthodologique (4.3.4.2).

Le signalement d'une implication émotionnelle accrue se manifeste dans le discours d'un locuteur par un style emphatique. L'emphase démarque la séquence d'un récit d'une autre en ce qu'elle signifie à l'interlocuteur qu'une interprétation particulière est attendue. Les recherches dans le domaine de la linguistique appliquée ont largement contribué à décrire les indices d'une implication émotionnelle dans les pratiques langagières (pour une revue détaillée, voir Selting, 1994). Ce sont ces signaux produits par le narrateur qui contextualisent dans le discours les éléments signifiants pour une interprétation pertinente et attendue de la part du destinataire. Le narrateur ajuste son discours au destinataire et à ses réactions au cours de la narration, dans l'attente d'une certaine réciprocité affective, et en vue de l'adoption de la posture émotionnelle par le destinataire. Cet ajustement permanent du narrateur structure de manière dynamique la production du récit, et il est complété par les réactions du destinataire qui contribuent également à l'orientation de la trajectoire interactionnelle de l'échange.

Dans une dynamique collaborative, le destinataire endosse un rôle de soutien à la narration. Il produit progressivement des manifestations de son traitement des informations, tant sur le contenu de l'histoire et l'affectivité évoquée du narrateur que sur l'affect exprimé dans la situation. Il recourt pour cela à des ressources multimodales variées, et en particulier les hochements de tête et les expressions faciales, qui indiquent au narrateur que le destinataire s'oriente vers une reconnaissance de l'état affectif présenté (Kaukomaa et al., 2015; Stivers, 2008). Cette reconnaissance de l'affect du narrateur par le destinataire du récit a été étudiée et conceptualisée comme le processus d'affiliation (Couper-Kuhlen, 2012; Lindström & Sorjonen, 2012; Peräkylä et al., 2015; Sugita, 2012). A la suite de Stivers (2008), l'affiliation a été définie comme un comportement collaboratif au niveau affectif, distinct de l'alignement, qui se situe sur le niveau structurel de la conversation (Lee & Tanaka, 2016; Steensig, 2012). Une personne peut donc s'aligner, sans pour autant s'affilier et inversement. De nombreuses études se sont intéressées aux ressources utilisées par les participants à une interaction pour manifester et maintenir une affiliation, et en outre aux phénomènes de désaffiliation (Egbert, 2002; Lakin & Chartrand, 2003; Muntigl et al., 2012; Steensig & Drew, 2008; Stivers et al., 2011a).

[...] "affiliative" moves are actions which agree with or take the same stance as coparticipants. « Disaffiliative questions" typically perform actions like challenging, reproaching, complaining, criticizing, disagreeing, or the like. (Steensig et Drew, 2008, p. 9)

La désaffiliation se manifeste par des comportements de refus d'adhésion à la posture affective du narrateur, des comportements de report d'affiliation, ou par l'absence de comportements affiliatifs. L'absence d'affiliation conduit le narrateur à étendre son récit et à produire des éléments pertinents pour la réponse attendue de la part du destinataire. Ce récit élargi

comporte des manifestations plus fortes et plus claires de l'implication émotionnelle du narrateur afin d'obtenir la réponse affiliative.

L'implication émotionnelle et le processus d'affiliation constituent la dynamique interactionnelle de l'affectivité dans les pratiques conversationnelles. La préférence sociale d'une telle dynamique est la construction conjointe d'une trajectoire interactionnelle (topicale et affective) en vue de la manifestation d'une affectivité partagée (Couper-Kuhlen, 2012; Jefferson, 1978; Peräkylä & Ruusuvuori, 2012; Ruusuvuori & Peräkylä, 2009; Sacks, 1974; Stivers, 2008). Les interactants co-construisent cette affectivité partagée durant la séquence du récit : dans la préface, le narrateur annonce sa position affective concernant l'histoire narrée ; puis l'affectivité est affichée par le narrateur et soutenue par le destinataire durant le récit ; ensuite les comportements affiliatifs sont produits par le destinataire à l'apogée du récit et l'accomplissement d'une affiliation partagée se manifeste finalement. Des recherches ont spécifiquement porté sur cette réciprocité affective, en mobilisant des méthodologies mixtes pour rendre compte des dimensions physiologiques et langagières dans la régulation des émotions au cours d'interactions sociales (Peräkylä et al., 2015; Voutilainen et al., 2014; Voutilainen, Henttonen, et al., 2018)

3. Problématique et questions de recherche

Dans le contexte du perfectionnement des thérapeutes en psychiatrie, le dispositif de supervision individuelle offre un espace réflexif et analytique indispensable au développement des compétences professionnelles. Il vise à investiguer et résoudre les difficultés que rencontre le thérapeute dans le suivi qu'il propose à ses patients, dans le but d'assurer l'efficacité de ses interventions thérapeutiques. L'acquisition de connaissances et d'habiletés dans la communication et la gestion de la relation thérapeutique constitue un socle essentiel à la formation des thérapeutes. La complexité de la supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie réside dans les enjeux relationnels inhérents au dispositif de supervision lui-même et aux multiples dimensions de l'activité du superviseur. La relation de supervision en elle-même comporte des enjeux en ce qu'elle est une relation à propos d'une autre relation et en ce qu'elle se déploie dans la co-construction d'un récit sur un autre récit. Dans les pratiques de supervision, thérapeutes et superviseurs endossent des rôles qui tendent à configurer leur relation interpersonnelle et qui nécessitent des ajustements de places dans les interactions au cours des séances.

La recherche se propose d'étudier les pratiques de la supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie. L'intérêt d'investiguer ces pratiques réside dans les enjeux que porte la supervision, d'une part pour la documentation de la professionnalité des superviseurs, et pour la formation des thérapeutes, d'autre part. Or, on observe dans la littérature des champs de la psychothérapie et de la supervision en psychiatrie que les compétences professionnelles tant des thérapeutes que des superviseurs impactent la qualité de l'alliance thérapeutique avec les patients, et de ce fait l'efficacité des thérapies. D'abord, la qualité de l'alliance thérapeutique dépend des compétences relationnelles et communicationnelles du thérapeute (Fairburn & Cooper, 2011; Hilsenroth et al., 2015; Napel-Schutz et al., 2016; Shafran et al., 2016), qu'il acquiert par l'analyse de sa pratique (Gale & Schröder, 2014). La supervision, en tant que dispositif de formation recommandé par les recherches (Bambling et al., 2006; Kilminster, Cottrell, Grant, & Jolly, 2007), permet au thérapeute de porter un regard précis sur les enjeux personnels dans son positionnement auprès des patients et de développer une conscience de soi en apprenant à distinguer ses propres émotions de celles de ses patients (Kimerling et al., 2000). Ensuite, l'activité de supervision comporte une complexité inhérente à l'imbrication des différents types d'expertises que le superviseur doit mobiliser (Watkins Jr, 2012) et à sa nature fondamentalement interactionnelle (Chur-Hansen & McLean, 2007; Knox et al., 2008; Macdonald, 2002; Sundin et al., 2008; Wilson et al., 2015). Les compétences du superviseur nécessitent un développement spécifique et continu (Riess & Fishel, 2000; Sundin et al., 2008).

Malgré un champ de recherche investi par la communauté professionnelle, il existe peu, ou pas, de recherches qui documentent le travail de supervision dans les situations de son accomplissement. Considérant la diversité des pratiques de supervision et la prégnance des enjeux relationnels dans la relation de supervision, il est intéressant de documenter les pratiques réelles de l'activité pour clarifier la professionnalité spécifique des superviseurs.

Considérant que l'interaction est au cœur de la supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie, elle constitue à la fois son objet (la relation du thérapeute avec le patient) et son support (l'interaction langagière entre le superviseur et le thérapeute). Nous avons élaboré dans le premier chapitre de la thèse que la supervision, en tant que dispositif de formation, peut être étudiée dans une perspective interactionnelle (Filliettaz & Lambert, 2019), et que l'interaction est à la fois située, séquentiellement organisée, collectivement élaborée et

multimodale (Sacks et al., 1974). Avec la littérature ethnométhodologique, nous avons proposé de la considérer comme étant constituée de trois ordres interactionnels qui configurent les enjeux de pouvoir, d'expertise et d'expression affective, et qui orientent le positionnement des interactants ainsi que leurs actions.

La tâche de notre recherche est d'éclairer les pratiques réelles de supervision à travers cette perspective interactionnelle et de comprendre les enjeux de places des tandems superviseurs-thérapeutes par ce prisme. Pour résumer, cette thèse poursuit deux objectifs :

- Elle vise à documenter la professionnalité des superviseurs par une analyse des interactions telles qu'elles se donnent à voir dans leurs contextes et leurs situations d'accomplissement
- Elle se propose de décrire les phénomènes relationnels, du point de vue des rapports de pouvoir, d'expertise et d'engagement émotionnel dans la supervision

Par les analyses interactionnelles qui mobilisent divers outils méthodologiques, la thèse tente de répondre aux questions suivantes :

Comment les interactions en situation de supervision rendent-elles compte à la fois des enjeux relationnels thérapeutiques décrits mais également des enjeux relationnels accomplis entre le superviseur et le thérapeute ?

Quelles sont les ressources langagières multimodales mobilisées par les interactants pour négocier ces enjeux ? et comment émergent-elles dans les interactions ?

En quoi et comment les contributions du superviseur à l'interaction sont-elles constitutives d'une professionnalité spécifique ?

Décrire et comprendre les pratiques de la supervision à la relation thérapeutique nous amènera à réfléchir la formation des superviseurs en psychiatrie, du point de vue des connaissances et des habiletés utiles à la gestion interactionnelle de la formation des thérapeutes.

La recherche nous conduira également à porter un regard sur la supervision des thérapeutes, dans ses conditions interactionnelles et expérientielles sur les enjeux de la relation thérapeutique.

4. Cadre méthodologique

Entreprendre une démarche descriptive des activités de supervision implique de comprendre les pratiques langagières dans les interactions institutionnelles. Notre recherche s'inscrit dans la démarche empirique des analyses interactionnelles d'origine ethnographique qui consiste à examiner minutieusement le déroulement des échanges verbaux pour rendre compte du déploiement de la parole dans le temps (Filliettaz, 2014; Traverso, 2008, 2016). La méthodologie employée s'efforce de décrire le caractère séquentiellement ordonné des pratiques interactionnelles des participants, chaque tour de parole permettant à la fois de reconstruire l'interprétation que le participant attribue au tour de parole précédent, et de produire une action langagière de référence pour l'interprétation suivante. Cette démarche vise à rendre compte des ressources mobilisées par les participants dans ce processus, selon leur propre perspective.

Dans ce chapitre, nous présentons la démarche méthodologique pour mener les différentes étapes de la recherche. Après une description du contexte de l'étude (4.1), nous détaillons la constitution du corpus de données par la production de traces des pratiques réelles de la supervision (4.2). Nous exposons ensuite les phases de traitement et d'analyse des données (4.3) ; nous présentons d'abord la phase descriptive des types de supervision et des activités conduites par les tandems (4.3.1), grâce à l'examen de la structure des séances filmées de l'ensemble du corpus. Puis, nous montrons la méthode employée pour établir la collection de séquences (4.3.2), qui nous a permis de relever les phénomènes systématiquement observés dans les pratiques de supervision en lien avec notre objet de recherche. Nous présentons ensuite la transcription des données enregistrées (4.3.3) qui vise à rendre compte des productions langagières multimodales de la manière la plus fidèle possible. Nous poursuivons ce chapitre avec une revue des outils et des processus analytiques qui jalonnent notre recherche (4.4).

4.1. Contexte de la recherche

4.1.1. La formation des thérapeutes en psychiatrie

Centrée sur la formation à la relation thérapeutique en psychiatrie, la recherche s'est portée sur la formation des psychothérapeutes suisses reconnue au niveau fédéral ; cela concerne la formation post-graduée des médecins spécialisés (FMH) et la formation post-graduée des psychologues (FSP).

Tableau 3 : Formation des thérapeutes à la psychiatrie et la psychothérapie en Suisse

Profession	Titre	Instances nationales et documents de référence	Formations
Médecins	Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) - un organe autonome de la FMH ▪ Programme de formation postgraduée du 1 juillet 2009, révisée le 15 décembre 2016 et accréditée par le Département fédéral de l'intérieur au 31 août 2018 (ISFM, 2016) ▪ Règlement de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM, 2019) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entretien médical ▪ Traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI) ▪ Psychothérapie stricte ▪ Pharmacothérapie et autres approches biologiques ▪ Sociothérapie
Psychologues	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychologue clinicien/nne ▪ Psychologue spécialiste en psychothérapie FSP 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Fédération Suisse de Psychologues (FSP)² ▪ LPsy (2011): Loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie³ ▪ AccredO-LPsy : Ordonnance du DFI sur l'étendue et l'accréditation des filières de formation postgrade des professions de la psychologie⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psychothérapie ▪ Psychologie clinique

- La formation des médecins à la psychiatrie et à la psychothérapie est sous la responsabilité et la réglementation de la FMH (association professionnelle des médecins en Suisse-<https://www.siwf.ch>). Elle représente environ 42 000 membres et fédère plus de 70 organisations médicales. L'institut suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) est un organe autonome de la FMH, qui décrit les conditions d'obtention du titre de spécialiste FMH du point de vue du cursus de formation et de la reconnaissance des établissements de formation.

La formation dure six ans et comprend a) une partie spécifique (4-5 ans), b) une partie somatique clinique non spécifique (1 an), et c) une partie consacrée à la psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents (1an). Notre recherche s'intéresse à la partie spécifique dans le domaine de la psychiatrie et psychothérapie (a), qui comprend :

- une dimension théorique de 600 crédits (1=45-60 minutes), dont 240 crédits comportant une introduction aux trois modèles psychothérapeutiques de base (psychanalytique, systémique et cognitivo-comportemental) ; la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP) reconnaît les crédits et les offres de formation reconnues ;
- une dimension de supervision, dont 150 heures consacrées au TPPI, 150 heures à la psychothérapie au sens strict et 30 heures de coaching de formation ; une période de supervision dure entre 45 et 60 minutes ;

²<https://www.siwf.ch/fr/formation-postgraduee/titres-specialiste-formations/psychiatrie-et-psychotherapie.cfm#i134601>
<https://www.psychologie.ch/fr/profession-formation/formation-postgrade/titres-de-specialisation>

³ <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20091366/index.html>

⁴ <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/20132533/index.html>

- une dimension d'activité d'expert, qui consiste à effectuer 5 expertises de droit pénal, civil ou des assurances, sous supervision ;
- une expérience thérapeutique personnelle, d'au moins 80 heures, dans un modèle psychothérapeutique reconnu.

Notre étude porte sur la formation spécifique et en particulier sur la modalité de supervision individuelle du TPPI (traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré). Cette modalité est effectuée dans un cadre hospitalier ou ambulatoire et peut prendre la forme d'une supervision individuelle, ou en petits groupes de maximum cinq personnes ; les séances se structurent autour de discussions de cas, avec ou sans patient, et consistent à explorer les situations cliniques de patients, de couples ou de familles.

La relation médecin-patient est enseignée dans le cadre de la conduite d'entretien médical « avec prise en compte de la dynamique du transfert et du contre-transfert » (ISFM, 2016, articles 3.1) et est formalisée dans l'acquisition des compétences pratiques (ISFM, 2016, articles 3.2.1, 3.2.2 et 3.2.3). Ces compétences sont déclinées en attitudes et savoir-faire selon les formulations suivantes issues du texte de référence. « Le psychiatre-psychothérapeute :

- s'appuie sur sa propre personnalité pour comprendre le vécu psychique de l'autre et pour construire la relation thérapeutique ; il est à même d'éprouver de l'empathie pour le patient, de réfléchir sur la relation thérapeutique et de garder une distance thérapeutique
- construit des alliances thérapeutiques solides et à long terme avec les patients
- perçoit suffisamment ses propres émotions et réactions et les investit au mieux dans la thérapie
- considère la dynamique inconsciente (conflit inconscient, transfert, contre-transfert, résistance) et la met au service du traitement. » (p.11-12)

La validation de la formation comporte deux examens : un examen de questions à choix multiples portant sur les connaissances théoriques acquises et un examen d'analyse de cas clinique (écrit et oral).

- La formation des psychologues aux activités cliniques et psychothérapeutiques est sous la responsabilité de la FSP (Fédération Suisse des Psychologues-<https://www.psychologie.ch>). Elle est l'association professionnelle principale des psychologues en Suisse, dans tous les domaines de spécialisation, de la psychothérapie à la psychologie du travail et des organisations. En tant qu'organisation responsable, la FSP règlemente et supervise les filières de formation post grade, selon la Loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie (LPsy) et l'Ordonnance du DFI sur l'étendue et l'accréditation des filières de formation post grade des professions de la psychologie (AccredO-LPsy).

La Loi statue sur la durée de la formation post grade (entre quatre et six ans). Les règles de la formation comprennent des connaissances théoriques (500 unités) et pratiques, réparties en activités psychothérapeutiques, de supervision, d'expérience thérapeutique personnelle et de pratique clinique d'au moins deux ans ; la formation pratique compte 800 unités pour les psychothérapeutes et 3600 heures d'activités cliniques et 150 unités de supervision pour les psychologues cliniciens. Les domaines de connaissances qui concernent la relation thérapeutique sont formulés en termes de « gestion de la relation thérapeutique » (AccredO-LPsy, art. 3.3.2.f.).

La formation à la relation thérapeutique en psychiatrie concerne deux des domaines de spécialisation, soit la psychothérapie et la psychologie clinique :

- La formation au titre de spécialisation de psychothérapeute permet d'accéder à une pratique privée en cabinet indépendant ou en tant que salarié dans une institution. Elle prépare les psychologues à traiter les personnes présentant des troubles et des souffrances psychiques, avec des méthodes de diagnostic et d'intervention dans les trois grandes approches psychothérapeutiques (psychanalytique, cognitivo-comportementale et systémique), ainsi que d'autres approches reconnues par la FSP. Les filières de formation accréditées sont listées sur le site internet selon les régions suisses, dont huit qui concernent les approches principales.
- La formation à la psychologie clinique conduit à la spécialisation dans les domaines de la psychopathologie. Elle prépare les psychologues au travail en institutions psychiatriques et psychosociales auprès des personnes ayant des troubles et des maladies psychiques graves et handicapantes. Les psychologues cliniciens dispensent des prestations thérapeutiques, de conseil dans divers domaines (systèmes du social et de la santé, justice, armée, ressources humaines, etc.).

Une commission de formation fait partie des organes de la FSP ; elle conseille et règlemente les cursus de formation post grade, la formation continue et les qualifications complémentaires, au niveau individuel et des filières, selon la LPsy. Trois domaines sont requis dans les dispositifs de formation : théorique, pratique et réflexif. Ce dernier intéresse particulièrement notre recherche en ce qu'il concerne l'intervention, l'expérience personnelle et la supervision ; celle-ci « sert à approfondir la méthode choisie et permet de mener une réflexion et de clarifier les expériences personnelles et les questions soulevées, avec le soutien d'un spécialiste » (LPsy, p.4). Les supervisions requises pour la formation se déroulent en séances individuelles ou en groupes de maximum six personnes. Un psychologue doit être suivi par plus d'un superviseur au cours de sa formation. L'AccredO-LPsy règlemente sur la supervision : « L'organisation responsable veille à ce que l'activité psychothérapeutique des étudiants soit supervisée régulièrement, à savoir, que leur travail soit analysé, encadré et surveillé. Elle garantit que des superviseurs qualifiés aident les étudiants à progresser par étapes, dans un cadre sûr. » (AccredO-LPsy, art 3.5).

4.1.2. Les supervisions

La qualification des superviseurs répond à des exigences semblables pour les deux filières professionnelles. Pour les médecins, selon le Programme de formation post graduée du spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH (ISFM, 2016, article 5.5), tous les superviseurs médecins et les thérapeutes didacticiens sont porteurs du titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après la formation de spécialiste, ils doivent avoir une pratique psychothérapeutique d'au moins cinq ans et suivre une formation continue régulière dans l'approche psychothérapeutique qu'ils enseignent. Les superviseurs non-médecins doivent répondre aux mêmes conditions que les superviseurs médecins, avec un complément d'un an d'activité clinique à plein temps dans une institution psychiatrique dirigée par un médecin. Les superviseurs pour les TPPI sont désignés par le responsable de l'établissement de formation post graduée. Pour les psychologues, selon l'AccredO-LPsy, ils doivent être certifiés d'une formation post grade qualifiée en psychothérapie de plusieurs années, et attester d'une activité professionnelle de cinq ans au moins depuis l'obtention de leur diplôme. L'AccredO-LPsy précise

qu'« en règle générale, les superviseurs attestent d'une spécialisation dans le domaine de la supervision. » (art. 5.3).

Il n'existe pas, à notre connaissance, de formation à la supervision, formelle et reconnue dans en Suisse romande.

4.1.3. Entrées empiriques et recrutement

L'absence de structure regroupant les superviseurs suisses romands nous a conduit à contacter deux instituts de formation à la psychothérapie régionaux afin d'initier le recrutement et d'explorer les conditions formelles de la professionnalisation du travail de supervision. Parallèlement, nous avons investigué les pratiques de supervision dans trois institutions psychiatriques de Suisse romande en contactant des psychiatres et des psychologues travaillant en institution. La démarche de recherche a trouvé un intérêt favorable auprès des personnes approchées, sans ouvrir de collaboration formelle. Toutefois, ces rencontres ont permis de confirmer la pertinence de l'objet de recherche car aucune structure de formation à la supervision reconnue n'existe dans la région. Certains superviseurs se regroupent pour échanger sur leurs pratiques, mais ne constituent pas pour autant des structures formelles professionnalisantes. Par conséquent, notre recrutement de partenaires s'est orienté vers les milieux cliniques psychiatriques hospitaliers et les services de consultations de la psychiatrie communautaire. Nous avons pris contact et rencontré des psychothérapeutes (de formation psychologues ou psychiatres) pratiquant la supervision depuis au moins cinq ans pour leur présenter le projet de recherche. Ce sont ces rencontres successives qui ont permis de sélectionner ceux qui répondaient aux critères que nous avons établis (ci-dessous). Sur les neuf superviseurs rencontrés, nous en avons sélectionné quatre, qui, à leur tour, nous ont présenté des thérapeutes en supervision avec eux. Nous avons sélectionné six thérapeutes, répondant aux critères établis, et déterminé six tandems de supervision, de manière collaborative avec chaque superviseur. Pour deux des tandems, le superviseur a demandé un accord de la hiérarchie institutionnelle des thérapeutes supervisés ; dans ce cas-là, nous avons rencontré le cadre supérieur et obtenu son accord pour la participation à la recherche. Pour les quatre autres tandems, la démarche n'a pas été nécessaire car deux des superviseurs participants étaient eux-mêmes cadres dans l'institution d'insertion.

Parallèlement au début de cette phase de recrutement, qui a duré quatre mois, nous avons conduit une démarche exploratoire avec un superviseur volontaire qui ne faisait pas partie de la recherche. Celui-ci a filmé cinq séances de supervision individuelle avec trois thérapeutes aux profils professionnels différents ; ils ont accepté de participer à cette phase sous condition de confidentialité des données produites et leur destruction à l'issue de la démarche. Nous avons visionné les enregistrements et interviewé le superviseur afin de préciser les critères de sélection des tandems et d'initier la problématisation de la recherche. Cette démarche nous a permis, par exemple, d'identifier le niveau souhaité des thérapeutes en formation. En effet, les thérapeutes en début de formation, c'est-à-dire en première année, apportaient des problèmes cliniques très techniques en supervision. L'interview du superviseur a mis en lumière le fait qu'avant deux années de formation, les supervisés sont très préoccupés par les aspects techniques des approches et n'abordent pas encore les dimensions émotionnelles et relationnelles des suivis cliniques. L'exploration des pratiques de supervision avant le recrutement a également permis de définir certains aspects de la problématique, comme le choix de ne pas comparer les approches psychothérapeutiques, mais plutôt de décrire et comprendre les pratiques de supervision en tant qu'activité en soi. A partir de ce choix, nous

avons déterminé plus précisément encore que l'activité du superviseur serait examinée en dehors de son ancrage théorique psychothérapeutique et disciplinaire, c'est-à-dire quelle que soit la profession initiale du superviseur, psychologue ou médecin. Nous avons cependant exclu les autres professions, telles que les éducateurs et les infirmiers, afin de garantir tout de même une homogénéité de niveau de formation (post-graduée).

L'exploration du contexte de la recherche, l'examen des documents de référence pour la formation dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie, ainsi que la phase exploratoire évoquée a permis de définir les critères de sélection des participants :

- L'homogénéité dans le type de supervision : nous avons choisi d'étudier la supervision individuelle plutôt que la supervision de groupe, pour des raisons d'intérêt pour les pratiques duales, ainsi que les supervisions institutionnelles de type TPPI en excluant les supervisions collectives et les supervisions de psychothérapie stricte ou les coaching de formation
- La représentativité des trois grandes approches psychothérapeutiques en psychiatrie : la systémique, la psychanalyse et la thérapie cognitivo-comportementale en tant qu'elles sont identifiées comme principales dans les documents cadres de la formation des deux professions sélectionnées
- L'hétérogénéité des genres pour les superviseurs et les thérapeutes supervisés
- La variété des professions initiales des participants (psychiatres et psychologues)
- Le niveau de formation post grade en cours d'au moins deux ans pour les thérapeutes supervisés
- La correspondance des critères de qualifications des superviseurs selon les règlements de référence

Quatre superviseurs ont été inclus dans la recherche et six thérapeutes, formant un échantillon de six tandems. Pour la moitié des tandems, il existait un lien hiérarchique entre les participants, ce qui est admis dans les supervisions du type TPPI.

Les participants superviseurs étaient constitués de trois médecins et d'une psychologue, dont deux femmes et deux hommes ; les approches psychothérapeutiques étaient représentées par une superviseure en thérapie cognitivo-comportementale, une superviseure en thérapie systémique, un superviseur en thérapie psychanalytique et un superviseur combinant thérapie systémique et psychanalytique ; tous les superviseurs étaient reconnus dans leur approche psychothérapeutique de référence et mandatés par un organisme de formation reconnu.

Les participants thérapeutes supervisés étaient constitués de trois psychologues et trois médecins, dont cinq femmes et un homme ; les formations suivies concernaient l'approche cognitivo-comportementale pour une psychologue, la systémique pour deux médecins et un psychologue, et la psychanalyse pour un médecin et une psychologue ; tous avaient entre deux et six ans de formation post grade.

4.1.4. Dimension éthique

Le projet de recherche a été accepté par trois commissions éthiques *swissethics* : la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain (CER-VD), la Commission Cantonale d'Éthique de la Recherche de Genève (CCER) et la Commission d'éthique de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Genève.

Les participants ont signé un consentement de participation à la recherche après avoir reçu une information détaillée du projet, de l'anonymisation des données et de leur confidentialité.

Le dispositif empirique de notre recherche est indépendant et ne s'inscrit dans aucune démarche de collaboration avec d'autres équipes ou instances financées par des fonds tiers.

4.2. Constitution du corpus de données

Investiguer le travail de supervision dans une perspective interactionnelle ethnographique requiert d'accéder aux pratiques réelles des professionnels concernés. Ce sont les conduites effectives des superviseurs avec leur thérapeutes supervisés qui sont à même de renseigner ces pratiques. Les données sur lesquelles porte notre étude sont des données authentiques, filmées en contexte naturel.

Données principales

Les données principales sont constituées d'enregistrements audio-vidéos des séances de supervision. Six séances ont été filmées en condition naturelle pour cinq tandems et cinq séances pour un tandem, avec un total de trente-cinq séances. Une caméra a été installée avant chaque séance dans le bureau du superviseur et retirée après la supervision, sans présence du chercheur lors des enregistrements ; l'un des superviseurs, ayant l'habitude de filmer ses entretiens, enclenchait son dispositif sans aide de notre part, après que nous avons testé et défini le cadrage souhaité. Le placement de la caméra était identique pour chaque séance et cadrerait les deux participants de profil ou de trois-quarts dans un même champ, et selon leur disposition habituelle.

Lors du recrutement, les tandems ont été informés qu'aucune consigne particulière ne serait donnée concernant le déroulement des séances de supervision, le but de l'enregistrement ethnographique visant la captation des pratiques sociales avec le moins de perturbation possible. Cette information a été rappelée avant la première séance filmée.

Nous nous sommes conformés aux agendas des séances et aux lieux de pratique. Un total de 28 heures et 4 minutes ont été vidéo-enregistrées, à raison de séquences de durées variant de 30 minutes à 1 heure (voir le tableau 4 ci-dessous).

Données secondaires

Nous avons mené une démarche complémentaire et secondaire de production de données, qui a porté sur l'expérience de la supervision. A la fin de l'enregistrement de l'ensemble des séances de chaque tandem, nous avons mené un entretien de recherche avec les participants. Ces entretiens, d'environ une heure, visaient à recueillir des verbalisations concernant une séquence filmée en vue de préparer l'étape de constitution de la collection (3.3.2), en confrontant nos premiers critères de sélection.

Nous avons visionné l'ensemble des données et choisi une séquence dans laquelle le tandem traitait de la relation que le thérapeute entretenait avec l'un de ses patients. Le principe de sélection était topical. Les extraits comportaient un lexique du registre de la relation ou des émotions (peur, ennui, plaisir, etc.). Les entretiens semi-dirigés ont été menés selon le même format :

- 1) Une présentation de l'extrait vidéo sans interruption
- 2) Une deuxième présentation, avec arrêts sur image à la demande des participants ; et soutien à l'explicitation des participants par des questions de précision ou de relance sur les thèmes émergents
- 3) À la fin du visionnement commenté par les participants de manière non directive, des questions ont été posées pour compléter notre compréhension de ce qui constituait, selon eux, un ingrédient du travail sur la relation thérapeutique

Les entretiens ont permis de confirmer la pertinence de recourir à des indices lexicaux du registre de la relation et des émotions comme principe de tri pour la constitution de la collection des données principales. Par ailleurs, nous avons observé avec les participants que le visionnement des extraits de supervision dans lesquels ils étaient impliqués comportait un intérêt et un effet formateur. Les observations des tandems portaient tant sur le contenu des échanges, que sur les enjeux de la relation de supervision et les actions de supervision.

Le tableau 4 présente les données principales et secondaires produites :

Tableau 4 : Données primaires et secondaires

Tandems	Données principales		Données secondaires
	Temps total de supervision	Nombre de séances	Temps des entretiens de recherche
Tandem A	05:10:00	6	00:53:05
Tandem B	05:34:00	6	01:22:41
Tandem C	03:41:00	6	00:59:36
Tandem D	03:12:00	6	01:20:49
Tandem E	05:17:00	6	00:56:40
Tandem F	05:10:00	5	01:09:31
Total	28:04:00	35	6:42:22

4.3. Méthodologies de traitement et d'analyse des données

La perspective analytique de notre recherche est endogène (voir le chapitre 1.1.2.1, au sens où la signification attribuée aux actions est produite par les interactants eux-mêmes ; la démarche consiste élaborer une signification des interactions, non seulement par l'observation des comportements mais encore dans ce qu'ils donnent à voir du processus de négociation et de coordination des partenaires. La constitution du corpus de données requiert l'enregistrements vidéos en contexte et en situation naturelle, qui permet d'observer et de décrire les échanges langagiers multimodaux en préservant le déroulement temporel des discours de manière détaillée :

En linguistique interactionnelle, le corpus est constitué de manière à rendre disponibles les détails rendus pertinents par les participants eux-mêmes dans l'organisation mutuellement intelligible de leur activité. Le but de l'analyse est de reconstituer les méthodes, i.e. les micro-pratiques systématiques par lesquelles les participants produisent leurs conduites de manière accountable, de façon à permettre une coordination de leur interaction. Dans ce cadre, la constitution du corpus — depuis son enregistrement jusqu'à sa transcription — a pour but d'offrir une documentation de l'activité située qui prenne en compte les ressources mobilisées par les membres dans cette coordination et qui en permette la reconstitution fine, moment par moment, dans la transcription, l'annotation multimodale et l'analyse. (Mondada, 2010, p. 327)

La démarche d'élaboration du sens des interactions se fait dans une logique inductive d'identification progressive des catégories analytiques, émergentes au cours de l'examen fin des ressources mobilisées par les interactants. Différentes méthodes descriptives se succèdent et conduisent à la sélection des outils conceptuels analytiques que nous présentons dans le chapitre 4.3.4.

Les contraintes linéaires de l'écriture scientifique ne permettant pas de rendre compte de la démarche complexe de va-et-vient entre le corpus et la généralisation, nous présentons les différentes actions analytiques de façon distincte dans les chapitres suivants. C'est toutefois dans un processus incessant entre le corpus, les transcriptions et la découverte des phénomènes que nous inscrivons notre démarche (Traverso, 2008).

4.3.1. Description générale des pratiques de supervision

La supervision étant une forme particulière de l'analyse de pratique professionnelle qui comprend des activités multiples, un premier pas analytique a consisté en la description des pratiques de supervision. Nous avons examiné l'organisation des séances afin d'identifier précisément les activités qui sont conjointement menées, ainsi que le statut du travail sur la relation thérapeutique dans nos données.

4.3.1.1. Des formes et des activités de supervision

Nous avons d'abord porté une attention particulière aux ouvertures et aux clôtures de séances. Puis, nous avons conduit une analyse des trajectoires thématiques des séances en supervision (autrement dit, les trajectoires topicales); nous nous sommes intéressés à la façon dont les interactants négocient le thème et les sujets spécifiques de leurs échanges. L'organisation thématique et séquentielle des interactions donne à voir l'élaboration conjointe de l'activité collective (voir le chapitre 2.1.2.3 pour la dimension théorique). L'examen fin et détaillé de ces pratiques langagières par l'analyse topicale (Mondada, 2003) a permis de préciser la description des séances de supervision et d'en identifier les structures particulières (voir le chapitre 4.3.4). Sur la base de cette première analyse de l'organisation globale des séances dans l'ensemble de notre corpus, trois formes de supervision ont été identifiées (résultats au chapitre 5.1) :

- Le suivi longitudinal
- Le cas unique basé sur une question clinique spécifique
- La revue de cas multiples

Nous avons ensuite constitué un tableau synoptique des activités de supervision sur l'ensemble des séances des six tandems. Cinq activités ont été identifiées et sont décrites dans le chapitre 5.2 :

- (se) renseigner (ou documenter) la situation clinique du patient
- problématiser la situation clinique
- enseigner/Apprendre
- évaluer les actions professionnelles du thérapeute
- déterminer les interventions futures

Selon une démarche inductive, nous avons visionné une première fois l'ensemble du corpus et défini les premiers codes selon les comportements observés et regroupés ensuite en

catégories. Ces catégories ont changé au fur et à mesure de la prise de connaissance du matériel filmé et ont été stabilisées en une liste de codes (annexe 1). Nous avons alors procédé à un deuxième visionnement de tous les enregistrements en saisissant dans un tableau le code de séance et de tandem, l'activité observée, et aussi toutes les observations relatives aux ouvertures, clôtures, transitions topicales (indication du chrono, transcription simple des tours de parole), aux actes de langage et aux thèmes (extrait des données en annexe 2).

Ce premier mouvement analytique a non seulement permis la description des formes et des activités de supervision, mais il a également servi à identifier les premiers outils pour les analyses fines des interactions lors des étapes suivantes de la recherche. Ces outils ont été confirmés pour certains, tels que les discours rapportés, les rapports de place épistémiques, le lexique du registre émotionnel ou l'implication affective, et d'autres ont été abandonnés car leur pertinence pour la problématique n'a pas été validée ensuite (la métaphore, notamment). Cette étape a également servi à identifier les outils plus « micro » nécessaires aux analyses multimodales fines, tels que les phénomènes d'alignement ou de désalignement, les paires adjacentes, les questions rhétoriques, les transcriptions des indices vocaux, prosodiques, etc., ou des pratiques langagières « curieuses », comme le partage d'expérience du superviseur, des simulations d'interactions par le superviseur de situations cliniques qui n'ont pas eu lieu.

4.3.1.2. Le statut du travail sur la relation thérapeutique dans la supervision

Sur la base du repérage initial des activités de supervision et au cours de celui-ci, nous avons identifié que le travail sur la relation thérapeutique ne constitue pas une activité de supervision en tant que telle, mais une sorte de focalisation attentionnelle et thématique qui se superpose à la trajectoire topicale, sans se confondre tout à fait avec elle. Nous avons utilisé des indices lexicaux pour déterminer le statut de ce phénomène dans notre corpus et décrire son émergence dans le cours des interactions (chapitre 5.3). Deux registres lexicaux nous ont servi à délimiter ce thème, ce qui a également constitué notre première version de la collection de données (présentée au chapitre 4.3.2)

Les séquences de supervision qui comportent le thème général de la relation thérapeutique ont été analysées au plan topical dans la séquentialité de leur émergence durant les différentes activités des tandems (pour un détail des outils analytiques de l'analyse topicale, voir le chapitre 4.3.4.1). L'analyse nous a amenés à identifier des types de séquences différentes selon le statut du topic « relation thérapeutique » dans les séances de supervision :

- Lorsque le topic central de la séquence est la relation thérapeutique, il constitue un topic délimité (*bounded topic*) et l'ouverture s'élabore en position d'ancrage (*anchor position*). Le topic est reconnu comme ayant un statut particulier par les tandems, dégagé d'autres développement topicaux éventuels. Nous avons nommé ces séquences « Travail sur la relation thérapeutique focalisé » (WRT focalisé).
- Lorsque la relation thérapeutique constitue l'une des dimensions abordées parmi d'autres et qu'elle survient au cours d'une présentation clinique, nous l'avons nommée « Travail sur la relation thérapeutique emboîtée » (WRT emboîtée). Dans ce cas, le topic émerge des échanges et constitue un topic graduel (*shaded topic*).

Ces premières analyses ont montré des emboîtements de cadres interactionnels dans les séances de supervision (chapitre 5.4). Ce phénomène est apparu dans nos analyses lorsque nous avons identifié des productions langagières récurrentes de tous les tandems qui s'apparentent aux discours rapportés. Nous avons donc effectué une analyse de ce phénomène

en utilisant les outils des analyses conversationnelles portant sur les pensées et les discours rapportés (cet outil analytique principal dans cette étape de recherche est présenté au chapitre 4.3.4.2).

4.3.2. Constitution de la collection

La perspective méthodologique de l'analyse interactionnelle consiste à repérer, dans les occurrences itératives de cas particuliers, des propriétés génériques observable au-delà de leur contexte d'émergence et en distanciation progressive des particularités de chaque cas. Il s'agit alors de faire des allers-retours entre les cas particuliers et une vue plus synoptique d'un ensemble de cas, constituant une collection (Sidnell, 2013).

The classic conversation analytic procedure begins with the noticing of some distinctive bit of behavior in social interaction. The analyst then works to locate other instances, and, in the process, begins to identify the boundaries of the phenomenon of interest. As instances are gathered into a collection, the analyst can begin to describe the practice or phenomenon in terms of its generic, context-independent properties, moving away from the particularities of any single case. However, despite this use of collections, the analyst always remains accountable to each individual case and its particularities. (Sydnell, 2013, p. 78)

Le dispositif méthodologique de cette recherche prévoit une analyse de collection qui vise à montrer les particularités et les récurrences d'un phénomène, celui de la formation à la relation thérapeutique par la supervision individuelle en psychiatrie. L'analyse de collection permet « d'envisager l'étude d'un objet inédit dans sa systématisme et la généralisabilité » (Mondada, 2010, p. 340).

Cette démarche consiste à focaliser l'analyse sur un phénomène attesté dans une série d'extraits. La collection est fondée sur la récurrence d'un certain phénomène, dont l'analyse va révéler les variations. [...] Cette forme d'analyse permet d'accéder à un plus grand niveau de généralité. (Traverso, 2008, p. 318)

Suite à la première version de la collection, évoquée au chapitre 4.3.1 et à l'analyse de l'emboîtement des cadres interactionnels dans la supervision, nous avons sélectionné toutes les séquences dont le thème était la relation thérapeutique ou les émotions. Le tableau 5 présente les critères de sélection des séquences de la collection.

Tableau 5 : Critères de sélection des séquences de la collection

Registre thématique	Description	Exemples issus du corpus
Relation	Indices de liens, de rapports, d'interactions verbales entre le thérapeute et le patient	Lien, alliance, confiance, confrontation, méfiance, lâcher le patient, se braquer, contre-attitudes, susciter en l'autre, évitement, cadrer, respecter, séduction, mauvais objet, chantage relationnel, investir la patiente, s'utiliser dans la relation, <i>joining</i> , être naturelle, humaniser quelque chose, séparation, user de sa propre expérience, menacer, l'engagement, etc.
Émotions	Indices de sentiments, d'attitudes, d'évaluation affective du thérapeute à l'égard du patient ou inversement	Se sentir empathique, stresser, énerver, sentiment d'inutilité, touchée, peur, ennui, lourdeur, s'agacer, avoir un sentiment, être frustré, en colère, être perdu, désespérer, inquiétudes, être blessé, être fâché, rage, émerveillé, résonner, puissance, doutes, le vécu émotionnel, agressivité, être happé, c'est difficile

Ces indices lexicaux recensés une première fois ont fait l'objet d'un traitement quantitatif, et d'une analyse thématique, présentés dans le chapitre 6.1.1. Ces indices s'étant avérés représentatifs de la centralité des dimensions affective et relationnelle dans l'ensemble de la collection, nous avons stabilisé la collection de séquences pour notre recherche en ajoutant un deuxième critère discursif assurant que le thème central se focalise effectivement sur la relation du thérapeute avec un patient. Ainsi, toutes les séquences retenues comportent les deux critères suivants :

- critère lexical : le topic central est celui de la relation du thérapeute avec son patient et du vécu émotionnel de la dyade ;
- critère discursif : la séquence comporte au moins un récit expérientiel du thérapeute à la première personne.

Un tableau contenant l'ensemble des séquences a été construit (annexe 3). Puis, un traitement quantitatif a été mené pour rendre compte de la fréquence du « travail sur la relation thérapeutique » (WRT) dans les séances de chaque tandem ainsi que la durée de chaque séquence de la collection. Le tableau 6 présente la durée moyenne pour chaque tandem et pour l'ensemble de la collection, ainsi que le pourcentage de temps consacré à la relation thérapeutique dans les supervisions, spécifiquement pour chaque tandem et de manière générale pour l'ensemble des participants.

Tableau 6 : Collection du travail sur la relation thérapeutique (WRT)

Tandems	Temps total de supervision	Temps total de WRT	Proportion de temps pour le WRT	Nombre de séquences WRT
Tandem A	05:10:00	02:48:54	54,5%	16
Tandem B	05:34:00	01:00:36	18,1%	10
Tandem C	03:41:00	00:39:27	17,9%	5
Tandem D	03:12:00	01:07:17	35,0%	6
Tandem E	05:17:00	01:32:09	29,1%	12
Tandem F	05:10:00	00:28:04	9,1%	2
Moyenne	04:40:40	00:57:31	27,3%	
Total	28:04:00	07:36:27	100%	51

4.3.3. Transcriptions

L'accès aux pratiques réelles de la supervision ayant nécessité de produire des données authentiques, la présente démarche se voit confrontée aux défis de leur traitement et de leur représentation. L'exploitation de ces données revêt en enjeu à la fois technique et épistémologique en ce qu'elle renvoie à la conception-même de l'analyse interactionnelle. Suite à des textes fondateurs (Ochs, 1979; Sacks et al., 1974), la transcription a fait l'objet de nombreux écrits pour en définir l'implication, le rôle et les usages (Détienne et al., 2009; Du Bois, 1991; Jefferson, 2004). Selon Détienne et al. (2009), « transcrire les données enregistrées en vidéo consiste en premier lieu à en donner une représentation écrite, c'est-à-dire à opérer le passage d'une forme orale multimodale à une forme spatialisée » (p. 2). Si cette définition semble rassembler la communauté scientifique dans les domaines de la linguistique (Détienne et al., 2009), son rôle varie selon les champs de recherche et d'application, délimitant son

périmètre d'implication et ses caractéristiques : elle est envisagée comme une étape intermédiaire en vue d'un codage qui fait l'objet lui-même d'une analyse, ou comme une action médiatrice faisant partie intégrante de l'analyse des données. La transcription peut aussi être considérée comme un processus de création d'une représentation écrite d'un événement discursif de manière à le rendre accessible à la recherche (Du Bois, 1991). Cette conception s'est développée dans l'approche conversationnaliste de la recherche et plus largement de l'anthropologie linguistique, de la sociolinguistique et de la pragmatique interactionnelle (Mondada, 2010). Dans ces disciplines, le travail de transcription prolonge le visionnement des enregistrements et fait partie intégrante de l'analyse ; elle est évolutive et révisable.

Contrairement au caractère stabilisé, définitif et donc figé que présente le corpus dans les publications, c'est en fait un objet en perpétuelle évolution par enrichissement de la transcription selon les besoins des analyses, voire par enrichissement de la convention de transcription pour permettre une granularité plus fine en fonction de ces mêmes besoins. Un même extrait d'interaction peut ainsi être l'objet de différentes transcriptions, qui ne se remplacent pas les unes les autres n'étant pas dans une relation d'amélioration progressive, mais qui coexistent et rendent perceptibles des aspects différents de l'interaction. (Traverso, 2008, p. 315)

Bien plus qu'une restitution d'un contenu discursif, la transcription est la description la plus précise possible de la prise de parole des participants à l'interaction dans les particularités de leur émergence en situation. Dans la perspective interactionniste, la temporalité et la multimodalité sont des caractéristiques centrales de l'interaction (Mondada, 2008a, 2008b; Mondada & Dubois, 2004), représentant, en elles-mêmes, des enjeux et des défis pour le champ de la recherche sur le langage et le corps dans les interactions sociales (Mondada, 2016). Notre recherche s'inscrit dans la perspective et la mentalité analytique qui envisagent de rendre compte des pratiques langagières dans les actions sociales collectives, par une analyse fine des interactions à partir et au travers de transcriptions multimodales. C'est dans et par les transcriptions que nous envisageons de considérer les phénomènes étudiés, dans un mouvement incessant entre les données vidéos, la transcription et la problématisation de notre objet de recherche. La transcription revêt pour nous une importance essentielle pour initier le processus d'interprétation, dans la pertinence des détails attribués par les interactants eux-mêmes, d'abord, et par notre éclairage selon des outils conceptuels, ensuite.

En nous référant à des conventions de transcription existantes (Jefferson, 2004; Mondada, 2016; Traverso, 2016), nous présentons dans le tableau 7 ci-dessous celles que nous avons retenues pour notre recherche, en considérant les principes de pertinence analytique, d'accessibilité, de robustesse, d'économie et d'adaptabilité proposés par Du Bois (1991) :

Tableau 7 : Conventions de transcription

Symboles	Significations
S ; T	Locuteur (superviseur, thérapeute)
[]	Chevauchement d'énoncés
=	Enchaînement rapide entre les tours de parole
&	En fin de ligne et au début de la ligne qui complète le même tour de parole
(.)	Pause de moins de 0.2 s
(0.0)	Pause : silence mesuré en secondes et dixièmes de secondes
°mot°	Énoncé en volume inférieur que la conversation environnante
MOT	Énoncé en volume plus fort que la conversation environnante
.hh	Inspiration
hh	Expiration
hm hm , euh	Bruits sonores
£mot£	Particule de rire insérée dans un mot
mo(h)t	Énonciation avec une voix rieuse
(inaud)	Énoncés non audibles pour le transcripteur
(XXX)	Nombres de syllabes inaudibles
-	Coupure abrupte du son précédent, troncation
↑↓	Montée ou chute du ton de l'énoncé
>énoncé<	Énoncé plus rapide – accélération
<énoncé>	Énoncé plus lent – ralentissement
((comportement))	Actions ou événements (comportement observé ou sonnerie du téléphone)
+ énoncé	Multimodalité – description d'un comportement survenant en même temps
+ <i>comportement concomitant</i>	que des énoncés (du même acteur ou d'un interlocuteur) ; autres symboles utilisés si plusieurs superpositions : * ; # ; §

4.3.4. Outils et processus analytiques

Suite à ce premier pas analytique par la transcription, nous présentons, dans les chapitres suivants, les outils conceptuels qui ont éclairé nos interprétations des données. Nous les présentons distinctement afin d'explicitier synthétiquement les éléments constitutifs des phénomènes interactionnels étudiés. Les analyses, telles que nous les présentons dans la deuxième partie de la thèse, mobilisent tout ou partie de ces outils, selon la nécessité des phénomènes particuliers examinés. L'analyse de l'organisation topicale (4.3.4.1) s'est avérée une étape essentielle et première de notre démarche car elle a d'abord permis de cerner les activités de supervision, ainsi que les critères de sélection de notre collection. Puis, elle prend un rôle structurant dans la présentation des séquences de travail sur la relation thérapeutique en extraits. Les discours rapportés (4.3.4.2) constituent l'une des pratiques langagières importantes de la supervision en ce qu'ils sont omniprésents dans les discours des superviseurs et des thérapeutes. Ils constituent une entrée dans la compréhension des phénomènes d'emboîtement des cadres interactionnels cliniques dans la situation de supervision. La dimension affective dans les interactions de supervision s'est révélée centrale dans les premiers mouvements analytiques, imposant alors la nécessité de cerner les enjeux émotionnels dans les échanges. Nous présentons les indices d'une implication émotionnelle et le processus d'affiliation comme outils analytiques de la gestion affective dans la supervision (4.3.4.3). Finalement, nous présentons ce qui nous a permis de décrire et de comprendre la dynamique des rapports de place selon les trois ordres de l'interaction, à savoir les indices de positionnement des participants (4.3.4.4).

4.3.4.1. Organisation topicale

L'organisation thématique et séquentielle telle qu'elle se constitue dans les échanges permet aux participants de se coordonner localement pour mener leurs actions collectives. Les deux dimensions qui constituent l'analyse topicale pourraient se résumer avec les deux questions que sont « de quoi parle-t-on » et « comment » (Riou, 2015) ; ces dimensions intéressent plus largement l'analyse des interactions. Le topic est spécifique aux locuteurs, qui négocient en permanence ce dont il est question dans leurs échanges. En cela, il n'est pas autonome, mais il dépend des interactants et des processus d'élaboration collaborative en œuvre ; chaque participant contribue à la construction du topic dans l'apport progressif et négocié des idées et des éléments contributifs à son développement. Selon Riou (2015), le topic constitue le centre d'une attention partagée. Pour identifier les topics d'une conversation (leur initiation, leur clôture et leurs transitions), l'auteure suggère de définir une unité pertinente observable pour en dessiner les contours et la trajectoire : le TCU (turn-constructive unit). Le TCU, ou l'unité constituant de tour en français, permet de segmenter les productions langagières multimodales dans les transcriptions des interactions. Il correspond à des « mouvements interactionnels », ou à des transitions topicales sans toutefois qu'ils ne se superposent exactement. Mondada (2003), quant à elle, propose trois propriétés au topic, selon la perspective de l'analyse interactionnelle qui permettent de dépasser les définitions strictement centrées sur la dimension structurelle et référentielle :

- Le topic est *une catégorie des locuteurs* et est considéré comme une notion endogène, en ce qu'il appartient aux interactants eux-mêmes : dans le sens qu'ils donnent à leurs propos, et dans les ressources qu'ils mobilisent pour assurer la continuité, la cohérence et le développement thématique de la conversation
- Il est *un accomplissement interactionnel, dynamique et collectivement défini*, en ce qu'« il émerge de façon dynamique dans et par l'interaction, en pouvant être stabilisé ou transformé par elle, en prenant une forme et des contours spécifiques selon son organisation séquentielle » (p. 195)
- Il émerge dans l'interaction et *se configure grâce à des procédés* (des ressources linguistiques) qui l'élaborent progressivement

Selon Mondada (2003), c'est le « parler topical » qui permet « d'envisager une analyse en termes de *méthodes* utilisées par les locuteurs pour organiser thématiquement leur parole-en-interaction » (p. 196). Autrement dit par Riou (2015), « *doing topic* » est une activité interactionnelle conjointement menée par les participants.

Pour mener notre étude, nous avons ancré notre démarche dans l'observation des méthodes mobilisées par les interactants dans les modes d'organisation séquentielle, ainsi que dans la gestion des tours de parole, en tant qu'indicateur des trajectoires topicales des tandems. Nous avons particulièrement observé les ouvertures et les clôtures des séquences analysées selon les textes fondateurs (Schegloff & Sacks, 1973) et les transitions selon les contributions variées en analyses conversationnelles (Berthoud & Mondada, 1993; Mondada, 2003; Mondada & Traverso, 2005). Nous avons examiné les transitions topicales convergentes, en ce qu'elles indiquent les phénomènes d'alignement des interactants aux nouveaux topics proposés ; les transitions topicales non convergentes indiquant, à l'inverse, le désalignement des participants. Plus précisément, nous nous sommes intéressés aux techniques de développement progressif des topics (*shaped topics*), par la modification graduelle (*stepwise movements*) de la trajectoire des échanges, selon des enchaînements qui garantissent la continuité du propos et sa

transformation. Nous avons également identifié les ressources langagières mobilisées par les tandems dans la co-construction des topics délimités (*bounded topics*), décrits par la littérature comme signes d'une conversation plus « difficile », allant moins de soi que les transitions topicales progressives. Dans ce sens, nous avons observé les méthodes utilisées dans l'alternance des tours de parole des interactants pour développer et clore un topic (utilisation de marqueurs discursifs, de variations prosodiques, de chevauchements, de silences, etc.). Autrement dit, nous nous sommes intéressés à la séquentialité des productions langagières pour comprendre pourquoi les participants font ce qu'ils font au moment où ils le font. Cela nous a permis d'observer et de décrire les dysfonctionnements topicaux (par exemple, lorsqu'un locuteur est amené à justifier la légitimité ou à expliciter l'intelligibilité du topic proposé), et les introductions de mentionnables (par exemple les techniques de premier ou de second locuteur pour initier ou enchaîner une séquence thématique).

Pour assurer une fiabilité de nos analyses, nous avons produit une fiche technique (annexe 4). Concrètement, nous avons conduit une analyse topicale sur l'ensemble du corpus une première fois (voir chapitres 3.3.1 et 4.1), puis, sur des segments plus petits lors des analyses des phénomènes spécifiques à notre objet d'étude. Le séquençage des extraits présentés dans les chapitres (4.2 ; 4.3 ; 4.4 ; 5 ; 6) répond à l'analyse topicale préalable à toutes les analyses spécifiques.

4.3.4.2. Discours rapportés : outils analytiques des emboîtements de cadres

Les premières analyses effectuées sur l'ensemble du corpus de données ont rendu visibles des pratiques énonciatives particulières, présentes dans les productions langagières tant des thérapeutes que des superviseurs. Il s'agit des discours rapportés, directs (DRS) et indirects (IRS), ainsi que des pensées rapportées (RT). Les outils analytiques employés sont issus de la littérature en analyse conversationnelle : ils nous ont permis d'identifier ces pratiques et de les décrire chacune dans leurs émergences spécifiques et situées respectives. Avant de présenter les outils analytiques en tant que tels, nous proposons un bref détour conceptuel qui définit les discours rapportés dans la littérature.

Le discours rapporté constitue le point de départ d'un vaste ensemble de recherches consacrées à l'organisation de la structure du langage, au métalangage, à l'organisation des histoires (*storytelling*), et aux phénomènes de positionnements dans les interactions (Buttny, 1998; Corminboeuf, 2017; C. Goodwin, 2006; Irvine, 1996). Il est défini de manière consensuelle comme l'intégration du discours d'une autre personne dans l'énoncé du présent locuteur. Ainsi l'acte discursif présent est lié à d'autres actes qui entrecroisent des cadres participatifs et informe la structure de participation du moment (C. Goodwin, 2003a, 2006). À ce sujet, Irvin (1996) considère que la portée conversationnelle d'un énoncé, et en particulier d'un discours rapporté, s'étend plus largement que le cadre de participation du présent pragmatique, c'est-à-dire vers le passé, l'avenir ou l'hypothétique. Avec les discours rapportés, le locuteur construit une « relation projective » entre des dialogues : la relation du présent pragmatique projetant, et une autre relation qui est projetée, celle dont l'énoncé est cité.

There is no necessary limit to the contextualizations and discourse histories- to the sense in which a multitude of other dialogues are implicated in the one at hand. By the same token, I believe, there is no necessary limit to the participation frames that can imposed on the pragmatic present, fragmenting its participant roles and recombining them, in a complex calculus of mapping roles onto persons present and absent (or, internally, onto aspects of selves). The intricate laminations of

participant roles, the many shadows conversations they reflect, and the discourses they inform belong to the same dialogic process. (p. 157)

Cette intrication de temporalités différentes a été étudiée grâce à des analyses de contextualisation des discours rapportés dans les conversations (Buttny, 1998; Niemelä, 2010). Buttny (1998), après une revue de la littérature sur le statut du contexte dans les différentes approches méthodologiques des études du discours en interaction : elle montre comment une première séquence conversationnelle peut elle-même servir de contexte à ce qui se passe dans une interaction dans le présent pragmatique :

The conversational practice of reported speech takes a prior utterance situated in a particular context and unearths it and gives it a life again in the new soil of reported context. To fit into its new context, the reported speech often needs to be contextually framed so recipients understand it in the desired way. (Buttny, 1998, p. 56)

De nombreuses recherches en analyse conversationnelle se sont intéressées aux multiples formes de discours rapportés : principalement les discours directs (DRS) et les discours indirects (IRS), qui se distinguent par leurs caractéristiques syntaxiques, prosodiques et structurelles (Holt & Clift, 2006; Klewitz & Couper-Kuhlen, 1999). Les discours rapportés incluent, par exemple, des composantes introductives différentes : c'est le verbe « dire », conjugué avec un pronom qui introduit le DRS (*elle dit je m'ennuie*), alors que dans le IRS, c'est la composante introductive du DRS qui se voit complétée par le terme « que » (*elle dit qu'elle s'ennuie*). Les caractéristiques distinctives du DRS résident aussi dans les pronoms, les références spatiales et temporelles, ainsi que dans le temps des verbes ; ils sont tous appropriés au locuteur du contexte rapporté plutôt qu'au contexte du présent pragmatique (Mayes, 1990). L'un des intérêts du DRS est de reproduire la forme et le contenu d'un énoncé produit par une autre personne que l'énonciateur, et de permettre au destinataire d'accéder à ce qui a été rapporté (Holt, 1996) ; l'impression d'authenticité est augmentée lorsque le temps du verbe change du passé au présent (Berger & Pekarek Doehler, 2015). Les discours rapportés directs constituent de la sorte une ressource langagière pour donner des preuves d'un énoncé antérieur.

DRS is an effective device for telling stories because it dramatizes the interactions, making them more vivid [...]. In addition, the device has been seen as a way of creating "involvement" in the story [...]. In the corpus at hand, speakers frequently tell stories about previous conversations, sometimes producing numerous utterances from the "original" interaction. DRS, as a device that claims to reproduce utterances as they were made, is an effective way of "recreating" a conversation. (Holt, 1996, p. 242)

La littérature sur les discours rapportés révèle que les locuteurs produisent des évaluations ou des commentaires sur leur énoncé en même temps qu'ils les produisent. Les changements subits de la voix ou de la prosodie, ainsi que des composants dans la séquence ou dans les préfaces indiquent plus ou moins implicitement l'évaluation du locuteur concernant l'énoncé. Holt (2000) avance, d'une part, que la parole rapportée se présente comme la simple restitution d'une pensée ou d'un énoncé antérieur, mais, d'autre part, qu'elle peut être utilisée par le locuteur pour remplir toute une série de tâches dans l'interaction en cours (p. 427). L'énonciateur d'un discours rapporté peut indiquer sa position (son évaluation de la situation rapportée ou de la personne dont il rapporte l'énoncé), par des ressources prosodiques, par la forme de l'énoncé, ou par son émergence séquentielle dans l'échange. Les études sur le DRS révèlent que son utilisation permet aux interactants de manifester des positions affectives (Buttny, 1998) et/ou épistémiques entre les coparticipants (Berger & Pekarek Doehler, 2015; Sidnell, 2006), et d'élaborer une affiliation partagée (Holt, 1996, 2000; Niemelä, 2005). Des études dans les interactions institutionnelles ont mis en lumière le rôle des discours rapportés

dans la communication et les prises de position d'interactants au sein d'une communauté professionnelle. Pour Berger et Pekarek Doehler (2015), « le récit est un moyen central par lequel les participants indexent les connaissances, les valeurs, ainsi que les attentes concernant les conduites normatives, se construisent comme affiliés (ou non) à une micro-communauté spécifique, et établissent un sentiment de partage de leur(s) monde(s) expérientiel(s) » (p. 790). Les auteures concluent par ailleurs que les discours rapportés servent à indiquer la position émotionnelle du locuteur, à afficher la conduite rationnelle et professionnelle appropriée de l'infirmière face à des événements inattendus (Berger & Pekarek Doehler, 2015), ou face à un patient dont l'infirmière se plaint (Bangerter et al., 2011). Les discours rapportés sont des ressources langagières dans le cadre de récits (*storytelling*) mais ils sont également utilisés de diverses autres manières, dans les environnements interactionnels d'évaluation compétitive, par exemple. Au moment où il survient brièvement et séquentiellement après un énoncé évaluatif d'un participant, l'usage du DRS peut constituer une revendication efficace d'une primauté épistémique pour évaluer la situation en cours de discussion, ou une désaffiliation à la position prise par le premier locuteur. À l'inverse, il peut s'avérer, mais de manière moins fréquente, une manière de confirmer une première évaluation par une « *second story* » (Clift, 2007).

Dans les contextes interactionnels lors desquels des locuteurs font usage de discours rapportés, les interactants se trouvent face à des défis concrets pour interpréter les énoncés. Il peut, entre autres, être difficile d'identifier les différents sujets qui s'expriment dans un énoncé. Les pronoms, tels que « je », « tu », « il », « elle » peuvent désigner des sujets différents selon le cadre interactionnel auquel il est référé. Le « je » n'est pas seulement le sujet actuel dans le présent pragmatique, il peut être une entité ou une autre personne (imaginaire ou réelle) reportée comme un locuteur. Ainsi, le « locuteur pragmatique » peut énoncer une phrase avec une citation directe dont le « je » n'est pas lui-même (par exemple : *elle dit je m'ennuie*). Pour réduire les difficultés de compréhension et d'interprétation inhérentes à ce type d'actions langagières, le locuteur fournit les informations nécessaires pour comprendre le contexte, les actions et les événements évoqués. Il peut introduire le discours rapporté par un marqueur verbal, animer sa voix avec de l'exagération, des caractéristiques vocales particulières, des mimiques du visage, par exemple. Ces variations prosodiques ou de la qualité de la voix, ainsi que des gestes ou des positionnements corporels, permettent de distinguer ce qui appartient au locuteur du présent ou ce qui appartient à l'énoncé d'origine (Klewitz & Couper-Kuhlen, 1999).

Dans notre étude et grâce à la démarche inductive, nous avons procédé en couches analytiques successives qui ont mis à jour non seulement des discours rapportés, mais également des pensées rapportées et des actions légèrement différentes de celles décrites dans la littérature. Pour rendre compte de ces pratiques, nous avons procédé en deux phases, dont les résultats sont respectivement présentés aux chapitres 5.4.1 et 5.4.2. D'abord, nous avons codé l'occurrence des types de discours, à partir des transcriptions de la collection et selon les définitions issues de la littérature :

- Les discours rapportés directs : *Direct Reported Speech* (DRS)
- Les discours rapportés indirects : *Indirect Reported Speech* (IRS)
- Les pensées rapportées : *Reported Thoughts* (RT)

Ce premier codage a révélé que certains discours rapportés ne correspondaient pas tout à fait aux définitions initiales. Nous avons donc analysé les différences dans leur forme et dans leur contenu et répertorié ces citations dans une nouvelle catégorie, que nous avons nommée « les

discours fictifs - *Fictional Speech* (FS) ». Deux types de discours fictifs constituent cette catégorie :

- Les discours hypothétiques passés : Hypothetical Past Speech (HPS)
- Les discours fictifs projetés : Projected Fictional Speech (PFS)

Nous avons ensuite mené une analyse quantitative descriptive de l'occurrence de ces différents types de discours pour chaque séance des tandems de supervision, et pour chaque catégorie d'interactants (superviseurs et thérapeutes). Par cette analyse quantitative et de manière inductive, nous avons décrit comment ces pratiques se caractérisent du point de vue de leurs références temporelles selon que l'énonciateur est le superviseur ou le thérapeute. Des tableaux et des figures présentent les pratiques communes et fréquentes ainsi que les particularités des tandems au chapitre 5.4. Dans la deuxième phase, nous avons conduit des analyses interactionnelles multimodales qui révèlent comment ces pratiques énonciatives permettent aux tandems d'emboîter différents cadres interactionnels dans les échanges en séance de supervision.

Quant aux outils méthodologiques, nous avons synthétisé les signes multimodaux des discours rapportés issus des définitions et descriptions dans la littérature scientifique. Nous les avons répertoriés dans un tableau que nous présentons succinctement en annexe 5. L'annexe 6 présente un extrait des données codées pour l'analyse quantitative.

4.3.4.3. Indices d'implication émotionnelle et affiliation

Pour la présente recherche, nous avons sélectionné dans la littérature consacrée à l'affectivité dans les interactions (pour le cadre théorique, chapitre 2.2.3), les méthodes capables d'identifier les signes d'une implication émotionnelle accrue dans les productions langagières des participants, et les manifestations d'un phénomène affiliatif ou désaffiliatif, pour identifier les trajectoires de l'affectivité des tandems. Nous avons procédé en plusieurs phases pour construire nos propres outils d'analyse car il n'en existe pas, à notre connaissance, qui soient validés dans le domaine de l'analyse interactionnelle. Chaque phase répond à une logique itérative de triangulation des données (vidéos), avec la littérature et les transcriptions des séquences de la collection. Nous présentons pour chaque mouvement analytique, les outils conceptuels et de codages, ainsi qu'un extrait du traitement des données :

Premier mouvement analytique

Il a consisté en une analyse quantitative descriptive des topics centraux constitutifs de notre collection. La variété du lexique des tandems pour évoquer les émotions et la relation thérapeutique nous a amenés à examiner plus précisément les termes employés par les thérapeutes et les superviseurs, pour thématiser les enjeux affectifs de la relation thérapeutique. Le chapitre 6.1 rend compte du résultat de cette démarche.

Nous avons d'abord utilisé les critères de sélection pour la création de la collection (pour rappel, chapitre 4.3.2), et appliqué une recherche de chaque terme dans l'ensemble des transcriptions des séquences de la collection. Nous avons vérifié que chaque occurrence se réfère effectivement à la relation thérapeute-patient et avons exclu ceux qui concernaient une autre relation (par exemple, des relations professionnelles avec des collègues). Nous avons également pris la racine des mots les plus courants, effectué la même recherche lexicale dans la collection pour ajouter au besoin des ressources lexicales non identifiées dans un premier

temps. Par exemples, le terme « impuissance » nous a conduits à rechercher le terme « puissance » ; le terme « agressivité » a été élargi à « agress- » pour identifier les adjectifs « agressives, agressif », etc.. Le tableau 12 des résultats (chapitre 6.1.1) présente le nombre d'occurrences par mots pour les deux catégories topicales dans l'ensemble des transcriptions, superviseurs et thérapeutes confondus.

Second mouvement analytique

Il a porté sur l'implication émotionnelle des thérapeutes et des superviseurs (résultats au chapitre 6.2). Nous avons utilisé deux méthodes pour rendre compte d'une affectivité augmentée dans les pratiques de supervision.

Pour chaque phénomène spécifique, nous avons d'abord mené une analyse interactionnelle sur la base de transcriptions multimodales de séquences emblématiques, avec l'analyse topicale et l'analyse des styles de discours (impliqué/emphatique) des participants. Nous avons ensuite complété ces analyses par une évaluation linéaire de l'implication de chaque participant, quotant pour chaque tour de parole le nombre d'indices d'implication. Une représentation graphique de ces quotations pour les séquences ainsi analysées a donné lieu à une analyse de la trajectoire dynamique de l'implication des thérapeutes et des superviseurs dans leur séquentialité.

Pour nous outiller méthodologiquement, nous avons rassemblé les indices verbaux, vocaux et gestuels utilisés par les chercheurs de la communauté scientifique consultée pour statuer sur l'implication des locuteurs (détails théoriques au chapitre 2.2.3.4). Puis, sur la base de ce premier recensement et des travaux de Selting (1994, 2010), nous avons établi une liste des marqueurs d'un discours emphatique, qui, selon l'auteure, sont un signe de l'implication émotionnelle d'un locuteur :

Participants use prosodic cues, in co-occurrence with syntactic and lexical cues, to contextualize turn-constructural units as 'emphatic'. Only realizations of prosodic categories that are marked in relation to surrounding uses of these categories have the power to contextualize units as displaying 'more-than-normal involvement'. In the appropriate context, and in co- occurrence with syntactic and lexical cues and sequential position, the context-sensitive interpretation of this involvement is 'emphasis'. Prosodic marking is used in addition to various unmarked cues that signal and constitute different activity types in conversation. (Selting, 1994, p. 375)

L'annexe 7 contient quatre tableaux que nous avons créés et utilisés dans nos analyses pour identifier :

- les indices d'implication dans les comportements multimodaux des participants (tableau 7/1)
- les signaux constitutifs d'un discours emphatique/impliqué (tableau A7/2)
- le style emphatique et les marqueurs des changements de style de discours (tableau A7/3)
- les marqueurs d'implication pour l'évaluation du niveau d'implication d'un locuteur (tableau A7/ 4)

Nous avons également construit une fiche technique du phénomène d'affiliation, qui recense toutes les informations nécessaires pour l'identifier dans les transcriptions (annexe 8) :

- les processus d'affichage d'une affiliation selon les phases du récit (tableau A8/1)
- les signes d'affiliation du destinataire (tableau A8/2)
- les actions complexes d'affiliation (tableau A8/3)
- les signes d'affiliation incomplète ou de désaffiliation du destinataire (tableau A8/4)

Troisième mouvement analytique

Il a orienté notre démarche sur les trajectoires de l'affectivité des tandems (résultats au chapitre 5.3). Pour commencer, nous avons centré notre attention sur les actions des superviseurs dans leur écologie interactionnelle. Avec une revue systématique de l'ensemble de la collection, nous avons identifié les différentes formulations des superviseurs et les avons regroupées par catégories d'actions langagières, dont certaines correspondent à des actions déjà définies dans la littérature : que la reconnaissance, l'interprétation, l'alignement et le désalignement ; d'autres ont été créées et définies de manière inductive par nos soins : le cadrage et la proposition d'action (annexe 9, tableau A9/1).

Parallèlement, nous avons identifié des trajectoires topicales congruentes et incongruentes, avec des registres affectifs ou cognitifs. En croisant ces diverses observations (formulations des superviseurs, trajectoires topicales et registres topicaux), nous avons défini les trajectoires de l'affectivité de la collection. Nous avons complété ces observations empiriques avec la littérature sur les processus affiliatifs et avons établi les trajectoires de l'affectivité supposées pour constituer notre grille de codage. (annexe 9, tableau A9/2).

Nous avons ensuite codé toutes les séquences de la collection à l'aide de ces deux tableaux, afin d'examiner et de décrire précisément ces trajectoires. Un extrait du tableau de codage est présenté dans l'annexe 10.

4.3.4.4. Indices de positionnement selon les trois ordres de l'interaction

Décrire les positionnements des personnes au cours de leurs échanges nécessite d'examiner finement la manière avec laquelle ils placent leurs actions dans les trois ordres de l'interaction. Pour rendre compte de manière dynamique des enjeux de places et les ressources mobilisées par les participants dans leur gestion collaborative, nous avons conduit des analyses interactionnelles pour chacun des ordres (résultats aux chapitres 7.1, 7.2, 7.3). Puis, nous avons présenté trois études de cas complexes qui combinent, non seulement les positionnements des superviseurs et des thérapeutes sur les trois ordres, mais aussi tous les outils analytiques mobilisés dans notre recherche (résultats au chapitre 7.4). Présenter les rapports de place nous a conduit à analyser, pour chaque ordre, les statuts et les rôles tels que le cadre de la supervision les distribue *a priori* ; ceci en nous appuyant sur la littérature professionnelle et scientifique concernant les dispositifs institutionnels de formation et de la supervision. Aussitôt, nous avons étudié la manière dont les participants actualisent ou renégocient ces positions : ceci, sur la base de transcriptions des séquences et au moyen d'analyses interactionnelles topicales multimodales et des indices de positionnement décrits dans la littérature consacrée aux ordres épistémique, déontique et émotionnel. Cette démarche nous a permis d'identifier les ressources particulières mobilisées par les tandems pour agir sur la dynamique des places, afin de résister, influencer ou asseoir certaines positions. Se faisant, deux actions des superviseurs se sont avérées récurrentes et présentes dans tous les tandems : l'action de se référer à la communauté professionnelle des thérapeutes en tant qu'appartenance partagée et l'action de partager une expérience personnelle. Nous les avons traitées plus en détails dans les études de cas consécutives.

Les trois études de cas visent à rendre compte des ressources interactionnelles mobilisées par les superviseurs (les deux actions précitées) et les thérapeutes (le recours successivement à l'un des trois ordres pour agir sur un autre) pour influencer la dynamique des places. Dans les deux premières séquences complexes présentées (chapitres 7.4.1 et 7.4.2), nous avons mené des

analyses interactionnelles qui combinent les outils mobilisés dans les précédents chapitres (transcriptions et analyses interactionnelles avec les outils conceptuels spécifiques). Pour mener la troisième étude de cas consacrée au phénomène de partage d'expérience du superviseur (chapitre 7.4.3), nous avons procédé en plusieurs étapes :

- identification des séquences de partages d'expérience (PEX) dans l'ensemble de la collection et description des différentes catégories de contenus (extrait du traitement de données en annexe 11) : premier repérage de tous les énoncés PEX, catégorisation progressive et inductive des types de PEX sur la base des contenus évoqués, stabilisation des catégories, codage sur l'ensemble de la collection ;
- analyse des données du point de vue des occurrences et de leur statut dans l'ensemble de la collection, du point de vue des caractéristiques de la situation de référence évoquée (temporalités et contextes), et du point de vue des contenus (posture affective, actions concrètes) ;
- présentation des séquences emblématiques que nous avons analysées avec les différents outils interactionnels de notre recherche, pour chaque type de PEX : nous avons ainsi rendu compte de l'effet du PEX sur la dynamique des places dans les trois ordres de l'interaction ;
- étude détaillée de la dynamique des rapports de place dans une séquence de travail sur la relation thérapeutique, autour d'un PEX : au fil d'une analyse topicale des extraits de la séquence, nous détaillons successivement l'analyse des trois ordres de l'interaction, respectant la séquentialité de l'émergence des ressources mobilisées par le tandem. Ainsi, les ordres déontique et épistémique sont analysés à l'aide d'une grille de codage des positions prises par les participants (annexe 12). En lien avec la littérature consacrée à ces deux ordres, nous avons déterminé l'indice des comportements et des actions des participants à une interaction, sur une échelle de -2 à +2. Pour l'ordre émotionnel, nous avons utilisé le tableau de quotation (annexe 7, tableau A7/4) avec un ajustement de l'échelle (1 point = 0,1 point). Chaque ordre interactionnel s'est vu représenté sur un graphique selon les positionnements séquentiels de la thérapeute et du superviseur (exemple de traitement des données de l'ordre déontique en annexe 13, et de l'ordre émotionnel en annexe 14). Les unités sont constituées des lignes de la transcription (l'axe horizontal), et des indices de quotation des actions (sur l'axe vertical). L'évaluation des prises de position de chaque interactant figure sous la forme d'un tracé qui permet d'observer les ajustements évolutifs des participants au fil du temps. L'analyse de la dynamique des places sur les trois ordres est alors proposée en combinant toutes les analyses interactionnelles ;
- investigation parallèle du lien fonctionnel entre l'ordre déontique et l'ordre épistémique : l'analyse interactionnelle combinée a soulevé des questions concernant la relative dépendance des deux ordres ; nous avons articulé les données pour chaque interactant afin d'observer les représentations graphiques selon non plus les ordres interactionnels mais selon les participants.

II. ANALYSES

La supervision en tant que dispositif de formation met en présence un superviseur expert et un thérapeute en formation pour analyser les pratiques thérapeutiques auprès des patients et développer des outils professionnels théoriques, techniques et relationnels. Le langage tient une part centrale dans ce dispositif car l'activité de supervision se déploie sur la base du récit d'expériences du thérapeute. Par le récit des situations cliniques, le thérapeute convoque ses difficultés rencontrées dans les thérapies conduites, relevant les besoins de développer des connaissances ou des compétences cliniques spécifiques aux psychopathologies, aux techniques thérapeutiques ou à la gestion de la relation thérapeutique avec le patient. Cette partie vise à rendre compte des phénomènes interactionnels dans la gestion des défis que comportent ces activités ; elle se structure en trois grands chapitres :

Dans le chapitre 5, nous présentons une description générale des supervisions et des séquences de travail sur la relation thérapeutique. Nous exposons d'abord la structure et l'organisation des séances de supervision (5.1), puis, l'analyse des données du corpus qui a permis d'identifier les différentes activités de supervision lors des séances (5.2) : renseigner le superviseur sur la situation clinique ; problématiser la situation clinique ; enseigner et apprendre ; évaluer les actions professionnelles du thérapeute ; déterminer les interventions à mener. Nous montrons ensuite le travail sur la relation thérapeutique dans la séance de supervision (5.3) et répondons aux questions, du point de vue de son émergence dans les séances, de la durée de ses séquences ou de la manière dont se négocie ce thème entre superviseurs et thérapeutes. Nous rendons compte d'éléments factuels, descriptifs et quantitatifs de nos données en les illustrant par des transcriptions d'extraits emblématiques. Nous présentons également l'emboîtement des cadres interactionnels dans les séances de supervision (5.4). Nous étudions comment les événements privés ou survenus dans la situation clinique sont convoqués dans le récit d'expérience du thérapeute. Nous présentons la dynamique interactionnelle lors de ces emboîtements de cadres, qu'ils soient cliniques, privés ou qu'ils concernent la supervision elle-même.

Dans le chapitre 6, nous décrivons la dimension affective lors du travail sur la relation thérapeutique, en ce qu'elle constitue le pivot interactionnel au cœur du travail sur la relation thérapeutique. L'émotion du thérapeute, évoquée dans le récit ou rendue manifeste dans les productions langagières, est le pivot sur lequel repose la thématisation de la relation thérapeutique dans le travail de supervision. Nous dépeignons la centralité des émotions dans le discours en supervision (6.1). Le contenu thématique des séquences se rapporte au lien qui unit le thérapeute avec son patient, aux enjeux relationnels qui orientent les échanges et déterminent le processus thérapeutique. Nous présentons le phénomène d'implication comme signalement d'une affectivité augmentée dans les interactions (6.2). Nous examinons les ressources interactionnelles mobilisées pour gérer les émotions dans l'interaction de supervision et mettons ensuite en évidence les trajectoires de l'affectivité lorsque les tandems travaillent la relation thérapeutique (6.3). Nous rendons compte de la manière dont les superviseurs répondent aux récits des thérapeutes, qu'ils soient affectivement impliqués (6.3.1) ou affectivement détachés (6.3.2).

Dans le chapitre 7, nous examinons finalement les ressources interactionnelles de la dynamique des places au prisme des trois ordres de l'interaction. Nous montrons les positionnements et leurs variations dans les logiques des ordres, déontique, épistémique et émotionnel (7.1 ; 7.2 ; 7.3). Nous présentons ensuite les ressources interactionnelles mobilisées par les interactants qui agissent sur la dynamique des positionnements (6.4). Nous

décrivons comment, dans le travail sur la relation thérapeutique, thérapeutes et superviseurs tendent à atténuer les asymétries relationnelles typiques de la supervision. Nous analysons des séquences emblématiques au cours desquelles les positionnements des interactants oscillent sur plusieurs ordres interactionnels, rendant manifestes l'usage d'un positionnement dans l'un des ordres et ses effets sur un autre ordre.

5. Le travail sur la relation thérapeutique dans les activités de supervision

Dans ce chapitre, nous présentons en premier lieu les résultats des analyses du corpus entier qui permet de discerner la structure et l'organisation de la supervision (5.1). À partir de l'analyse des ouvertures et des clôtures des séances de supervision (5.1.1) et (5.1.2), nous avons identifié différentes formes de supervision institutionnelle (5.1.3.) que sont le suivi longitudinal (5.1.3.1), le cas unique basé sur une question clinique spécifique (5.1.3.2) et la revue de cas multiples basée sur des situations cliniques problématiques (5.1.3.3). Les interactants, les contextes dans lesquels se déroulent les supervisions et les pratiques langagières telles qu'elles se donnent à voir seront présentés au cours de cette première incursion analytique dans les données, Avant d'aborder de manière spécifique les séquences de supervision dévolues au travail sur la relation thérapeutique, nous montrons les différentes activités de supervision menées par les tandems pour comprendre ce que font superviseurs et thérapeutes lorsqu'ils analysent les situations cliniques convoquées dans les récits des thérapeutes. De la sorte, nous présentons cinq activités identifiées lors de l'analyse topicale de l'ensemble du corpus (5.2). Dans le troisième temps de ce chapitre, nous évoquons le travail sur la relation thérapeutique de manière très factuelle et descriptive du point de vue de son émergence dans l'ensemble des données (5.3.1.), puis de manière concrète et selon le statut que les interactants lui confère dans la supervision (5.3.2.). Nous consacrons une attention au phénomène d'emboîtement des cadres interactionnels (5.4) lors desquels les tandems convoquent les événements survenus dans les entretiens de thérapie dans la supervision grâce à des pratiques discursives telles que les discours rapportés ou les discours projetés (5.4.1). Nous montrons que les interactions entre superviseurs et thérapeutes portent sur des événements déjà survenus ou fictifs, s'orientant de manière rétrospective ou prospective pour comprendre les actions menées ou en vue de préparer une action future. Nous présentons finalement la dynamique interactionnelle lors d'emboîtements du cadre interactionnel clinique (5.4.2.1), privé (5.4.2.2) et lors des emboîtements du cadre interactionnel de la supervision elle-même (5.4.2.3).

5.1. Structure et organisation de la supervision

La structure des séances se donne à voir dans les premières minutes d'interaction dans la phase d'ouverture. Les échanges verbaux nous renseignent sur les topics qui seront abordés et sur la manière dont le tandem envisage de les traiter. L'organisation séquentielle des ouvertures de séances et de leur clôture est localement négociée et donne des indices sur les rapports de place entre superviseur et thérapeute. Trois formes de supervision sont observées dans les données recueillies : le suivi d'un cas clinique unique sur toute la durée de la supervision, la présentation d'une situation clinique par séance de supervision et la revue de plusieurs suivis thérapeutiques à chaque séance de supervision. Chaque tandem reproduit la même organisation globale de la supervision lors de chaque séance.

5.1.1. Ouvertures de séances

Les supervisions sont séquentiellement ordonnées et répondent à une organisation typique et observable dans les six tandems. En continuité de la littérature dans le champ de l'interactionnisme, et en particulier dans le domaine des interactions en contexte

institutionnel, les séances de supervision comportent une séquence d'ouverture, une séquence de développement et une séquence de clôture. Certaines pratiques sont transversales, telles que l'accueil du thérapeute par le superviseur. Il s'agit de « small talk » (Hudak & Maynard, 2011), définit pas les auteurs comme « des séquences concrètes formant des actions pro-sociales d'une sorte ou d'une autre qui éloigne de la tâche instrumentale en tant que telle » (p. 637). Dans nos données, il s'agit d'un échange social de prise de nouvelles personnelles au moyen d'une question personnelle du type « comment vas-tu ? » ou d'une vérification de la bonne installation du thérapeute. La durée varie en fonction de l'alignement du thérapeute à cette pratique. L'échange peut durer quelques minutes avec une prise de nouvelles réciproques, ou se révéler très brève lorsque l'un des deux participants initie rapidement le travail de supervision.

Le premier extrait rend compte d'une séquence d'ouverture durant laquelle superviseur et thérapeute échangent des informations générales privées. Le superviseur accueille le thérapeute dans son bureau, chacun s'installant dans des fauteuils disposés face à face.

TD1a_ouverture (00:18 - 01:03)

```

1 T <<+feuillette les feuilles de son dossier posé sur ses genoux -- >
2 ALORS::(1.0) [euh
3 S [comment vas-tu↑
4 T regarde S
5 je m'réjouis des vacances qui arrivent↓ (0.2) des longs week ends
6 S parfait↓

```

Alors que le thérapeute se prépare sérieusement en lisant son dossier et débute l'interaction par une amorce hésitante (lignes 1-2), le superviseur initie une paire adjacente comme moyen de faire parler le thérapeute sur un topic personnel (*comment vas-tu ↑*, ligne 3). La question sort le thérapeute de sa lecture et il regarde le superviseur en répondant à la question, s'alignant à la proposition topicale. Il s'ensuit un bref échange sur les vacances et les activités prévues, animé par des plaisanteries et des rires (hors transcription) :

TD1b_ouverture (01:20 - 01:43)

```

7 T .hh et toi↑
8 S ça va↓
9 T +beaucoup de::
10 +sourit ----- >
11 S *sourit ----- >
12 *un peu fatigué mais ça va↓
13 T je pense que +tu peux::
14 +mouvement de la main sur le côté
15 S ouais ouais encore *un peu +et je peux: (3.0)
16 --->* *mouvement de la main sur le côté
17 T ----- >+ + regarde ses feuilles posées sur les genoux
18 euhm:: je v-viens aujourd'hui avec une situation:: je suis quasiment sûr de
19 t'en avoir déjà parlé↑mais du coup j'ai pas été vérifier [dans le dossier↑
20 S [ouais↑
21 T c'est plutôt pour euh: les questions qui sont plus actuelles par rapport au
22 suivi↑

```

Le thérapeute lui renvoie la question personnelle (ligne 7), à laquelle le superviseur répond. L'interaction est rythmée par des gestes qui ponctuent et complètent les formes syntaxiques inachevées des énoncés, conférant à l'échange une dynamique conviviale. L'expression amusée du thérapeute et le regard qui se dirige sur les feuilles du dossier avant la fin du tour du superviseur (lignes 15-17), ainsi que la pause avant la prise de parole suivante (ligne 18) ouvrent un espace libre d'introduction d'un nouveau topic. Sans lien avec ce qui précède, le

thérapeute initie ensuite l'annonce du nouveau topic, celui de la situation clinique qu'il a préparée pour la supervision du jour (*je viens aujourd'hui avec une situation*, ligne 18). Le superviseur s'aligne aussitôt à la proposition en marquant son intérêt (*ouais ↑*, ligne 20).

L'extrait ci-dessous du tandem B montre une séquence d'accueil très brève. L'installation des participants prend vingt secondes, lors desquelles la superviseure met un peu plus de temps pour s'asseoir et la thérapeute s'immerge dans ses notes personnelles.

TB3_ouverture (00:20 - 01:03)

```
1 T écrit sur son dossier posé sur les genoux, le ferme et regarde S
2 .hh Alo::rs↓ (1.0)
3 S s'avance sur son fauteuil
4 un café↑
5 T non non↓(0.2)non ça va non↓ [c'est gentil merci↓(1.0)
6 S [*non↑
7 *pose sa tasse par terre
8 T euhm::+alors alors↓ on s'était vues il y a deux semai::nes (0.5)
9 + ouvre son cahier et feuillette les pages ----- >>
```

La thérapeute initie le travail de supervision (ligne 2) par une inspiration forte et le début d'un énoncé syntaxiquement incomplet qui présage une suite. La superviseure se désaligne de la proposition de commencer la supervision et propose un café. La thérapeute refuse l'offre et débute le compte rendu des événements survenus depuis la dernière rencontre en supervision.

La majorité des ouvertures de supervision comprennent une séquence personnelle qui est initiée par le superviseur. Parfois, mais plus rarement, le travail de supervision débute sans préambule et avec la présentation de la situation clinique proposée par le thérapeute.

5.1.2. Clôtures de séances

En tant qu'autorité institutionnelle dans le setting de supervision, le superviseur a le pouvoir (le statut déontique), non seulement d'ouvrir la séance mais aussi celui de la clôturer. L'autorité déontique est un accomplissement interactionnel, négocié et rendu manifeste dans la séquentialité des tours de parole. Les clôtures des séances de supervision sont, dans la plupart des séances, effectuées rapidement en quelques secondes. Toutefois, bien que toujours formellement initiées par le superviseur, elles répondent à une organisation séquentielle co-construite, typiques des clôtures de séances institutionnelles. L'orientation conjointe vers une clôture de la séance peut être explicite ou implicite au sens où l'annonce de la levée de séance peut être signifiée verbalement ou comportementalement. Les extraits ci-dessous montrent l'organisation des fins de séance, telles que les tandems les accomplissent de manière conjointe. Dans la majorité des clôtures de supervision, les interactions présentent un épuisement topical, comprenant un ralentissement des tours de paroles, un ou deux énoncés conclusifs et/ou évaluatifs, validés par le destinataire, des pauses qui entrecoupent des énoncés brefs. La séquence de clôture s'ouvre ensuite toujours avec un déplacement corporel du superviseur qui se lève de sa chaise ou de son fauteuil.

L'extrait suivant présente une organisation qui allie un comportement verbal et corporel du superviseur, indicateurs de la séquence de clôture. Une première partie (lignes 1-9) conclut le traitement d'une situation clinique avec un énoncé conclusif de la part de la thérapeute, validé par le superviseur (ligne 8). De multiples pauses manifestent un épuisement topical (lignes 7-

11). Le superviseur s'oriente ensuite vers un autre topic qui l'engage sur une activité ultérieure et se lève, suivi de la thérapeute.

TF2_clôture (01:02:52)

1 T j-je suis pas sure qu'elle qu'elle ait encore besoin longtemps d'un suivi
2 quoi↓[mais-
3 S [+oh [BESOIN(0.5) souvent ils en ont plus tellement BESOIN mais:
4 + se gratte la tête
5 T [voilà↓
6 faudra voir c-c-ce que ça va activer chez ELLE quoi↓ si elle va pouvoir(1.0)
7 mais↓(1.0) °ouais↓°
8 S °hm↓°(0.5)
9 T °elle est chouette↓°(0.5)
10 S °ok↓° (1.0)
11 T °ouais↓°(0.5)
12 S +volontiers↑ (2.0)ça va me stimuler à en refaire un ou deux
13 + se lève
14 T prend ses dossiers sur la table, se lève et sort du bureau

Le changement de topic pour initier la clôture de la supervision se révèle être l'agenda de la prochaine séance, comme dans les deux extraits suivants :

TD2_clôture (37:15 - 38:09)

1 T je pourrai les+adresser ici en leur donnant des adresses à [Lausanne si il &
2 S +hoche la tête
3 [tout à fait↓hm↓
4 T &faut↓ (0.5) je pense faire plus euh XXXX (1.0) +très bien↓
5 +hoche la tête
6 S **super↑
7 *se lève de son fauteuil et se dirige vers son bureau
8 T +range ses cahiers et se lève et rejoint S
9 S ALORS↓ (3.0) est-ce qu'on fait le vingt deux à onze heure↑

TB1_clôture (53:47 - 54:20)

1 T ouais↓ (0.5) NON non↓ encore une fois↑ la technique c'est bien: d'avoir des
2 outils d'avoir des choses comme ça↑ mais de:: le facteur humain est
3 probablement plus heu::
4 S ouais:=
5 T =plus important
6 S °ouais°
7 T mais bon↓+.hh
8 + lève les mains devant elle
9 S *on avait fixé NOUS le:=
10 *se redresse et se lève de son fauteuil en regardant T et va ouvrir la porte
11 qui a sonné
12 T =+OUI on avait fixé euh pour euh: je sais plus quand mais on a fixé↓
13 +ouvre son agenda
14 je crois que c'était fin mai↓ non↑

Dans nombre de clôtures dans les données du corpus, l'indication de la fin de séance s'effectue de manière implicite et très rapide après la clôture topicale de la situation clinique analysée. Dans l'extrait suivant (TC1), à la suite de l'énoncé évaluatif et conclusif de la thérapeute (*c'est bizarre ↓pff↓*, ligne 6), le superviseur prend une forte inspiration et se lève, suivi aussitôt de la thérapeute qui ponctue encore la fin de son énoncé précédent (*bon ↓*, ligne 9). Au moment de

sortir ensemble, le superviseur remercie la thérapeute pour les échanges. Ces remerciements de fin de supervision sont très fréquents, tant de la part du superviseur que du thérapeute.

TC1_clôture (32:12 - 32:25)

1 T c'est ce que tu dis (0.5) si tu arrêtes↑
 2 S +pfuiii↓ (1.0) direct le plongeon↓
 3 + geste de la main de haut en bas
 4 T ouvre les deux mains devant elle
 5 S ouais↓
 6 T c'est bizarre↓ pff↓
 7 S +.hhh=
 8 + se lève de son fauteuil
 9 T =*bon↓
 10 *se lève de son fauteuil
 11 S merci↑
 12 S et T sortent de la pièce

Dans l'extrait ci-dessous (TE5), la fin du topic précédant la clôture paraît être une phase d'enseignement technique durant lequel la thérapeute écoute en hochant la tête. Les pauses sont fréquentes (lignes 3 ;5 ;7) et le dernier énoncé est laissé en suspens (ligne 7). Après un regard appuyé en silence, la superviseure se lève, signe qui semble être interprété par la thérapeute comme la fin de séance car elle range aussitôt ses dossiers.

TE5_clôture (49:48 - 50:10)

1 S juste↑ le réaliser↑(1.0) en SOI c'est thérapeutique de dire °bon d'accord↓ &
 2 T << hoche la tête légèrement ----- >
 3 & ça va se passer comme ça↑ ils sont tout le temps en train de faire comme
 3 ça↑(1.0)et pas réfléchir↑(1.0) faisons en sorte de réfléchir↓
 4 T hm hm↓
 5 S ou tu dis je vous laisse un moment et je sors (1.0)
 6 T hoche la tête
 7 S deux secondes↑ mais ça permet de::(1.5)
 8 S et T se regardent
 9 S +se lève
 10 T +range ses feuilles dans le dossier posé sur ses genoux

L'extrait suivant (TA4) présente une fin de séance en plusieurs phases. Une première phase est constituée d'un bilan concernant le suivi d'une patiente (lignes 1-8) : un énoncé conclusif de la thérapeute qui synthétise sa compréhension du fonctionnement de la patiente (ligne 4) ; une validation par la superviseure, suivi d'une pause (ligne 6). Puis, alors que cette dernière commence un nouvel énoncé (ligne 7), la thérapeute prend son tour de parole en chevauchement compétitif et complète son raisonnement conclusif (*pis après elle l'a vécu comme une PUNITION*, ligne 8). Un épuisement topical se donne alors à voir (lignes 10-13).

TA4_clôture (42:30 - 43:08)

1 T pis elle avait pu prendre une peu de distance↓ et une semaine +après:(1.0)
 2 + mouvement de
 3 la main qui tombe
 4 BON en fait elle a pu prendre la distance pis du coup elle avait lâché le
 5 [contrôle sur l'alimentation↑
 6 S [hein hein↓(2.0)
 7 ouais↓(0.5) mais tu vois↑[hein↑
 8 T [pis après elle l'a vécu comme une PUNITION=
 9
 10 S =hein hein↓ (2.0) °+ouais°=

11 + hausse légèrement les épaules
 12 T =°*ouais°
 13 *hausse les épaules et ramasse ses dossiers sur le sol devant elle

Cet enchaînement d'énoncés courts (lignes 10-12-14), la diminution de volume des deux participantes (lignes 10, 12), l'échange en miroir au niveau verbal (*°ouais°*, ligne 10 ; 12) et gestuel (hausse les épaules, lignes 11-13), le début du rangement des dossiers de la part de la thérapeute annonce une fin d'interaction imminente. Pourtant une deuxième phase est initiée par la superviseure (lignes 14-22). Elle commente plus largement les différents échanges durant la séance entière en énonçant une évaluation affiliative de la difficulté d'éprouver des frustrations. Elle fait référence à des échanges antérieurs mentionnant « une période » (ligne 14) plutôt que la situation spécifique dont il était question dans les minutes précédentes ainsi qu'en utilisant une anaphore (*ces frustrations*, ligne 18).

14 S voilà↓c'est↓ouais↓(0.5) c'est pas une période +fhhacile↓
 15 + sourit en regardant T
 16 T *NON ftu disf
 17 *rit en regardant S et en continuant de ramasser les dossiers -->
 18 S ces frustrations::
 19 T voilà::(2.0)
 20 S +hhh (1.0)
 21 + se passe la main dans les cheveux
 22 T MERCI=

Cette deuxième phase montre un alignement réciproque des interactants. La thérapeute sourit en regardant la superviseure (ligne 15) au moment où celle-ci reconnaît l'état affectif actuel de la thérapeute. Cette dernière rit en validant ce constat et reprend le rangement de ses dossiers, signifiant une deuxième fois la fin imminente de la séance (lignes 16-17). Les deux énoncés suivants de la thérapeute (*voilà ::*, ligne 19 ; *MERCI*, ligne 22), les silences (lignes 19-20) indiquent un second épisode d'épuisement topical. Pourtant, la superviseure inspire fortement (ligne 20) ce qui annonce une transition topicale confirmée dans le tour de parole suivant (*j'sais pas si ça t'a aidé↑*, ligne 23) :

23 S =j'sais pas si ça t'a aidé↑
 24 T oui oui↓
 25 S +on s'arrête la dessus alors↓
 26 +se redresse et s'avance sur son fauteuil en regardant T
 27 T *oui↓(0.5)parfait↓
 28 -- > * regarde sa montre et regarde S
 29 S +on va fixer *pour la semaine prochaine
 30 +se lève et sort de la pièce
 31 T * se lève et sort de la pièce

Après une question sur l'utilité de la séance de supervision, la validation de la thérapeute (*oui oui↓*, ligne 24), la superviseure formule une proposition de terminer la séance (*on s'arrête là-dessus alors↓*, ligne 25). Cette question est formulée avec un déplacement corporel manifeste et un regard appuyé en direction de la thérapeute qui range toujours ses dossiers par terre devant elle. La thérapeute s'aligne alors complètement en répondant affirmativement par deux fois (*oui↓ parfait↓*, ligne 27), en regardant sa montre et en reprenant contact du regard avec la superviseure (ligne 28). La clôture est alors définitivement accomplie de manière verbale (on va fixer pour la semaine prochaine, ligne 29) et non verbale (les deux personnes sortent de la pièce, ligne 30 et 31). Comme dans tous les autres extraits, emblématiques du corpus, le déplacement physique du superviseur est interprété comme la clôture effective et concrète de

la séance, puisque le mouvement est toujours suivi de celui du thérapeute, qui range ses affaires et se lève à la suite du superviseur.

5.1.3. Formes de la supervision

L'analyse de l'organisation des séances de supervision sur l'ensemble du corpus révèle les structures globales des échanges, qui se regroupent en trois formes : le suivi longitudinal d'un cas unique, la présentation d'une situation basée sur une question clinique spécifique et la revue de cas multiples. Chaque tandem respecte la même forme pour toutes les séances de supervision.

5.1.3.1. Suivi longitudinal

Les tandems B et E sont organisés selon une logique d'étude de cas unique. Lors de chaque séance, le thérapeute présente le même patient dans son suivi longitudinal.

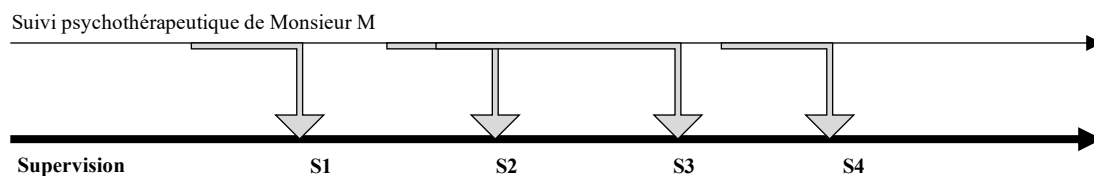


Figure 1: Supervision-suivi longitudinal

Le thérapeute débute son compte rendu par une description des événements survenus entre la dernière supervision et celle qui est en cours, suivant la linéarité de la psychothérapie. Les extraits suivants illustrent cette structure par l'organisation du début de la supervision.

TB3_ suivi longitudinal (00:45 - 01:03)

```

1 T euhm::+alors alors↓ on s'était vues il y a deux semai::nes (0.5)
2   + ouvre son cahier et feuillette les pages ----- >>
3   on s'était vues le trente et un↑(1.0)ah oui le matin↑pis je l'ai vu
4   l'après-midi↑et pis je l'ai revu vendredi passé↑ marco↓(2.0)euh:(1.0)
5   alors euh: bein le jour il y a deux semaines↑ il revenait de son camp
6   là il était parti en camp avec des(0.5)[personnes euh: avec l'association
7   S                                     [avec l'équipe

```

La thérapeute initie une phase d'information des rencontres qu'elle a vécues avec le patient depuis la dernière supervision et les événements survenus dans la vie du patient. La superviseuse s'aligne rapidement à cette ouverture en chevauchement de tours (lignes 6-7), montrant son attention et son souvenir des faits discutés précédemment par la complétion de la phrase de la thérapeute qui hésite au milieu d'un énoncé.

Dans l'extrait suivant, c'est également la thérapeute qui initie une phase d'information en rappelant des éléments saillants de la supervision précédente concernant le patient et sa famille (lignes 2-6).

TE4_ suivi longitudinal (01:45 - 02:16)

```

1 T pose sa tasse de café sur la table à côté du fauteuil
2   alors j'ai vu euh: (0.5) hier↓ (0.2) cette euh cette famille↓(0.1)
3   +tu t'souviens↑ [cette famille du patient que je vais prendre comme CAS&
4   S + hoche la tête ----- >+

```


TD4a_cas unique (04:45 - 05:06)

1 T les contextes de vie::(0.2)terribles↓(1.0)
 2 euhm:: aujourd'hui↑fin↓ j'sais: j'sais pas trop qu'est-ce qu'on va pouvoir
 3 faire de la demande du jour↑(0.2)parce que j'ai pas trop d'informations↑(0.2)
 4 le paradoxe du jour fait que↑ j'ai fini le suivi avec une patiente il y a UNE
 5 semaine↑mercredi passé↑
 6 S hm hm↓=
 7 T =une patiente que je suivais depuis un peu plus de deux ans

La fin de la séquence d'ouverture est observable par les signes d'un épuisement topical : les pauses multiples sans reprise de tour de la part du superviseur, l'intonation descendante en fin d'énoncé (ligne 1) et l'ouverture d'un nouveau topic dans l'énoncé suivant (ligne 2). Le thérapeute initie alors la présentation de la situation dont il voudrait discuter. Il formule l'annonce avec le marqueur personnel « aujourd'hui » qui signale le statut particulier du topic à venir, comparé au précédent qui concernait l'évènement critique (*euhm:: aujourd'hui ↑*, ligne 2). Cette interprétation se base sur l'observation, dans toutes les séances enregistrées, d'une récurrence dans la manière d'énoncer l'annonce du topic par le thérapeute. Le superviseur s'aligne à la proposition topicale en produisant des continueurs (*hm hm ↓*, ligne 6), marqueurs d'intérêt invitant le thérapeute à développer le topic. Durant la phase descriptive (hors transcription), le thérapeute produit un récit de la patiente, du point de vue de son histoire personnelle et de son évolution au cours des années de thérapie. La deuxième partie de l'extrait choisi rend compte du processus de formulation et d'explicitation de la question que le thérapeute souhaite aborder en supervision. Le thérapeute amorce la phase d'explicitation de son questionnement avec une transition topicale qui comprend une conclusion (*du coup je la verrai une heure aujourd'hui↑*, ligne 8) et l'annonce du prochain sujet de son propos, c'est-à-dire « sa question du jour ».

TD4b_cas unique (08:47 - 10:12)

8 T du coup je la verrai une heure aujourd'hui↑(0.2) et du coup ma QUESTION c'est
 9 que j'me: j'me dis- parce que ce qu'elle argumentait c'est que (0.1) j'ai un
 10 bon lien: avec VOUS: j'ai confian::ce alors je préfère en discuter avec VOUS
 11 que d'aller dans un service spécialisé↓
 12 S hm↓
 13 T spécialisé de quoi↑ ((rit)) tu vois c'est toute la question↓c'est-à-dire est-ce
 14 que c'est le problème d'avoir été abusée au sens où on a mis quelque chose
 15 dans son verre et ça a - que ça génère un gros sentiment d'insécurité ou
 16 si(0.1) il y a eu plus que ça↑(0.2)
 17 S ouais↓
 18 T ce que je crains MOI↑=
 19 S = hm↓
 20 T je sais pas où ça en est la réalité↓ mais c'est vrai que du coup je me suis
 21 dit↓ je me dis comme j'ai la supervision aujourd'hui avec toi↑parce que j'ai
 22 pas vraiment de (0.1) euh (0.1) de COMPETENCE en: en debriefing si tu veux↓=
 23 S =hm hm=
 24 T =en gestion d'une certaine URGENCE=
 25 S =hm↓
 26 T =dans ces cas-là quoi↓ [si y a un abus ou XXXX↓s'il y a juste quelqu'un qui a &
 27 S [hm↓
 28 T & mis quelque chose dans son verre et qu'y a pas plus de conséquence que ça↑
 29 je pense que je pourrai gérer mais si y a plus↑ je t'avoue que je serai:(0.2)
 30 assez emprunté↓
 31 S ouais↓ [ouais↓
 32 T [et je voulais dire je voulais voir TOI: dans ces cas-là comment tu:
 33 fin je sais qu'y a jamais de canevas: mais(0.2) je te dis j'ai vraiment un
 34 TRES bon lien avec elle [donc je j'ai aucun doute que ça se passera mais que-

35 S [hm↓
36 T &est ce qu' y a des choses à éviter:: si euh :si c'est simplement le fait de
37 faire tampon pis de recevoir sa souffrance ou si euh (0.2)ou s'il faut
38 que je- plutôt que je la: que j'évite le sujet↑ pis que[je parle de ce qui &
39 S [hm↓
40 & a bien tourné↑enfin toutes ces choses-là quoi↓
41 S je crois que ce qu'il y a d'important dans ce genre de situation c'est [...]

L'analyse topicale de l'extrait indique que le thérapeute détient en fait une énigme (lignes 8-20) sur laquelle repose une question (lignes 20-41). S'appuyant sur un discours rapporté, le thérapeute énonce sa difficulté à déterminer la nature et l'importance de l'abus tel que la patiente le lui a décrit. Il explicite ensuite son hypothèse (*si il y a eu plus que ça [...] ce que je crains MOI*, lignes 16-18), puis il formule sa question technique : doit-il éviter le sujet de l'abus dans l'entretien avec la patiente ? Il énonce sa question en précisant qu'il ne se sent pas compétent dans le cas de figure où la patiente aurait été abusée physiquement (*parce que j'ai pas vraiment de (0.1) euh (0.1) de COMPÉTENCE en: en debriefing si tu veux↓*, lignes 21-22) ; *si y a plus ↑ je t'avoue que je serai: (0.2) assez emprunté↓*, lignes 29-30). Tant pour formuler son énigme que sa question, le thérapeute justifie la pertinence de ses demandes avant d'énoncer les informations importantes pour la compréhension du superviseur (*c'est que j'me: j'me dis parce que ce qu'elle argumentait c'est que (0.1)*, lignes 8-9; *je me suis dis↓ je me dis comme j'ai la supervision aujourd'hui avec toi ↑parce que*, lignes 20-21). Cette démarche argumentative présente des signes d'hésitation, visibles par les pauses, les répétitions et les troncations. Le superviseur, quant à lui, participe à l'interaction de manière principalement verbale par des continueurs (*hm, ouais*) qui soutiennent et encouragent le discours du thérapeute. Les enchaînements sont globalement rapides ou en chevauchements non compétitifs, donnant à l'échange une priorité au développement du récit du thérapeute. La fin de l'extrait présente le changement d'activité de supervision lorsque le thérapeute formule son énoncé conclusif ponctué d'une intonation descendante en fin de tour (*enfin toutes ces choses-là quoi↓*, ligne 40). À ce moment-là, le superviseur initie une séquence d'enseignement théorique et technique en réponse aux questions du thérapeute.

5.1.3.3. Revue de cas multiples

Les tandems A et F mènent une revue de plusieurs situations cliniques, enchaînant la présentation de différents patients en suivis thérapeutiques. Un nombre important de situations cliniques sont travaillées dans chaque supervision, selon une moyenne d'environ 10 minutes par situation. D'une séance à une autre, ce ne sont pas forcément les mêmes patients dont il est question. Le tandem C présente une organisation similaire. Cependant, le nombre de situations abordées est moins élevé. Une ou deux situations sont présentées en fonction des besoins du thérapeute selon une durée de 20 à 45 minutes par patient.

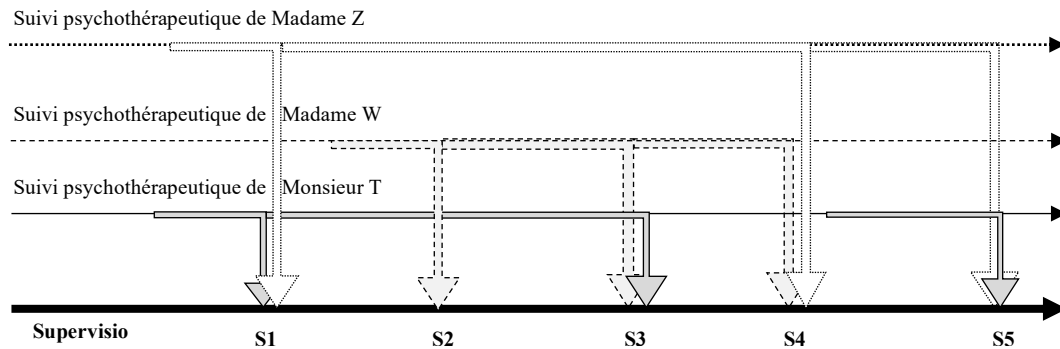


Figure 3: Supervision-Revue de cas multiples

Pour ces trois tandems, les topics spécifiques sont différents pour chaque situation présentée ; il peut s'agir de définir le traitement psycho-social pertinent en lien avec l'évaluation menée par le thérapeute ; il peut s'agir de comprendre le fonctionnement psychique du patient pour établir un diagnostic médical ; il peut s'agir de définir la suite du suivi psychiatrique en dehors de l'institution et d'organiser le réseau de soins, etc.

Le premier extrait présente l'ouverture de la séance lors de laquelle c'est la superviseuse qui initie le premier topic par une question :

TA3_cas multiples (00:07 - 00:28)

```

1 T [alors↓
2 << empile le dossiers posés par terre devant elle
3 S [alors↓ (0.5)+de qui est-ce que tu veux parler↓ (1.0)
4 << manipule les feuilles de son classeur posé sur ses genoux et --- >>
5 T +se redresse en prenant un dossier et s'installe sur son
6 fauteuil et regarde S----- >+
7 ALORS MOI↑ ce que je pensais te:: de parler plus longuement aujourd'hui
8 c'était(0.5)revenir un p'tit peu sur la situation de madame T pour avoir un
9 peu des PISTES pour la suite↑
10 S ouais↑
11 T et pis avant ça↑ juste faire quelque p'tits pointages↑
12 S hm hm↑
13 T ça fait deux semaines que j'ai pas vu monsieur (0.5) depuis le dix-neuf avril
14 que j'ai pas vu monsieur Z↓

```

Les comportements gestuels présents en début de séance indiquent que le tandem s'installe et organise les ressources matérielles pour le déploiement de la supervision. Après un chevauchement de tours et une très courte pause, la superviseuse s'auto-sélectionne et ouvre formellement la séance par une question qui oriente le premier topic sur le patient dont la thérapeute souhaite parler (*de qui est-ce que tu veux parler*↓, ligne 3). Cette première partie d'une paire adjacente est suivie aussitôt de la réponse, ce qui correspond à un alignement de la thérapeute à la tâche proposée, c'est-à-dire présenter l'agenda de la séance (*revenir un p'tit peu sur la situation de madame T*, ligne 8 ; *et pis avant ça* ↑ *juste faire quelque p'tits pointages* ↑, ligne 11). Elle étaye cette annonce en précisant son besoin spécifique pour justifier la présentation d'une patiente qu'elle qualifie de « plus longue » (*pour avoir un peu des PISTES pour la suite* ↑, ligne 9). Ce besoin est souligné par une accentuation sur le terme « piste » et une intonation montante en fin d'énoncé. Bien que la thérapeute annonce l'agenda de la séance tel qu'elle l'a pensé sur l'invitation de la superviseuse, elle formule la fin de la seconde partie de la paire adjacente avec une intonation montante, indice d'une forme interrogative.

Cette particularité peut s'expliquer par le fait que la superviseure ne regarde pas la thérapeute et que celle-ci indique une attente de validation de sa proposition. Après une première validation de la superviseure (*ouais ↑*, ligne 10), la thérapeute enchaîne avec la suite de la proposition (ligne 11), également sous forme de question (intonation montante en fin de tour). La superviseure valide également cette deuxième partie d'annonce de programme (*hm hm ↑*, ligne 12). Il est intéressant de noter que les continueurs formulés encouragent effectivement le développement de la thérapeute, de par leur forme courte et validante, et en outre par leur intonation montante en fin de tour. De fait, la thérapeute initie aussitôt la présentation d'une situation clinique (lignes 13-14). La thérapeute et la superviseure coordonnent leur interaction de manière multimodale, ce qui requiert des ressources prosodiques pour assurer la négociation de l'ouverture de la séance et compenser l'absence de contact visuel (lignes 1-5).

Le deuxième extrait présente l'ouverture d'une séance de supervision d'un autre tandem. C'est la thérapeute qui initie le premier topic en annonçant d'emblée l'agenda de la séance :

TF3_cas multiples (02:02 - 02:22)

```

1 T <<s'installe sur sa chaise avec les dossiers sur ses genoux
2   alors j'ai plein *de p'tits trucs↑(1.0)+euhm::(1.0)à voir↑
3 S   * s'assied en face de T et la regarde
4 T   + consulte son agenda
5   euhm:: y a↑ que tu saches↑ un truc assez urgent parce que ça doit partir
6   mercredi↑ la curatrice de monsieur P m'a demandé un rapport [...]
```

Sans attendre que le superviseur se soit assis, la thérapeute ouvre la séance par un marqueur d'attention (*alors*), suivi de l'annonce de l'agenda de la séance (*j'ai plein de p'tits trucs*, ligne 2). L'intonation montante et la pause qui suit laissent le temps au superviseur de s'installer et la possibilité de prendre son tour ; ce qu'il ne fait pas. La thérapeute enchaîne alors en complétant syntaxiquement l'énoncé précédent. Après quelques marques d'hésitation, elle débute la présentation du premier cas clinique. Le superviseur présente peu d'intervention verbale, mais son orientation physique et la direction de son regard porté sur la thérapeute indiquent son attention et son écoute dans l'échange.

Le troisième extrait présente une forme un peu différente des deux précédentes. Alors que les tandems F et A s'organisent dans les premières minutes avec un agenda de la séance, proposé par le thérapeute, les débuts de séances du tandem C ne comportent pas d'annonce du programme. Après une séquence d'ouverture générale de séance, la thérapeute commence la présentation d'une situation qui l'a préoccupée pour des raisons cliniques (centrées sur le patient) ou pour toutes autres raisons liées à la pratique thérapeutique, telles que la collaboration interdisciplinaire, comme dans l'extrait ci-dessous. C'est ensuite dans le déroulement de la séance que surviennent les transitions topicales qui opèrent les changements de situations travaillées par le tandem. Nous présentons trois extraits de la même séance, aux points de transition topicale, pour rendre visible l'organisation structurelle de ce tandem.

Après un échange badin sur le retard du superviseur, la thérapeute ouvre le travail de supervision :

TC2a_cas multiples (01:03 - 01:36)

```

1 T °ouais↓°(2.0) bref↓(1.0)au +niveau euh SERVICE j'avais une question↓(2.0)
2   +place les mains jointes devant le visage
3   euh↓(0.5)quand tu fais euh des entretiens avec un collègue↓=
```

4 S =hm hm↓=
5 T =j'ai fait ça avec Gérard↑ euh::(1.0) et qu'il dit quelque chose où tu
6 fais +hm↓ (1.0)
7 +pinces les lèvres et fait un mouvement de recul dans son fauteuil
8 S hoche la tête de manière accentuée
9 T j'ai pas réagi↑=
10 S *hm hm↑
11 * hoche fortement la tête et sourit en haussant les sourcils
12 T j'pense que j'l'ai pas montré non plus↑(0.2)j'étais là↓bon↓(1.5) ce qui s'est
13 passé c'est qu'il a PRIS POSITION↑donc y avait la famille paternelle avec une
14 jeune↑=
15 S =hm hm↑
16 T et NOUS on n'a vu QUE une fois la jeune et UNE FOIS le papa↑

Après un épuisement topical manifeste (indicateurs verbaux de clôture *ouais↓, bref↓*, diminution du volume de la voix, deux pauses rapprochées, ligne 1), la thérapeute introduit le nouveau topic en annonçant qu'elle va aborder un thème clinique (*niveau euh service*) et poser une question (*j'avais une question*). Suite à deux pauses marquées par une hésitation (*euh*, ligne 3), la thérapeute se lance dans la description de la situation clinique qu'elle a vécue avec un collègue. Le superviseur s'aligne sur la proposition en laissant la thérapeute développer le topic malgré plusieurs opportunités de prendre un tour de parole (pauses, lignes 1-3 ; 6). Il soutient le discours par des continueurs vocaux (*hm hm↓*, lignes 4 ; 10 ; 15) en enchaînements rapides et avec des hochements de tête. Cette introduction du topic est initiée par la thérapeute soutenue de manière multimodale par le superviseur. Après un travail sur la collaboration interdisciplinaire et les modes de communication entre les professionnels (hors transcription), la thérapeute utilise le topic de la « forme », développé dans les derniers tours de parole (lignes 17-23), comme ressource pour exposer une nouvelle situation clinique, celle de Madame Brown.

TC2b_cas multiples (12:37 - 13:06)

17 S mais je me demande s'il faut être désolé de la forme=
18 T =hm hm↓
19 S et des fois je me dis que NON↓=
20 T =hm hm↓
21 S pas forcément CETTE situation précise↑
22 T hm hm↓
23 S mais je trouve que: des fois↑(1.0)[et tu-
24 T [c'est comme madame Brown↑(1.0)°tu vois↑°
25 je suis DESOLEE de la FORME(1.0) je lui ai beaucoup [XXXX
26 S [mais regarde le FOND=
27 T =t'as vu hein↑=
28 S =oui
29 T c'est joli hein↑
30 S oui
31 T tu la vois↑
32 S ouais↑ je l'ai croisée hier dans les couloirs et [...]

La thérapeute saisit l'occasion d'une courte pause (ligne 23) pour relier les deux situations cliniques en proposant une analogie (*c'est comme madame Brown*, ligne 24). Cette technique de mise en relation est opérée en chevauchement compétitif de tours, ne laissant pas le superviseur formuler la suite de son énoncé (ligne 23). La thérapeute exploite ainsi le tour précédent pour réorienter l'échange sans pour autant se désaligner tout à fait du topic précédent. Le superviseur, quant à lui, se désaligne partiellement de la proposition en reprenant son tour par un chevauchement (lignes 25-26), interrompant le développement

topical nouvellement initié. Il ne complète pas la structure syntaxique entamée et utilise un marqueur d'opposition pour initier son propre tour (*mais regarde le FOND*, ligne 26). Il insiste sur le topic précédent, « le fond et la forme de la communication professionnelle ». Les enchainements rapides qui suivent indiquent l'alignement réciproque au nouveau topic, renforcé par les deux paires adjacentes initiées par la thérapeute au moment où elle cherche à obtenir l'accord du superviseur. Le superviseur valide effectivement par deux fois (lignes 28 ;30) et développe lui-même le topic par une seconde partie de paire adjacente, qui répond à la demande d'informations « *fishing device* » formulée par la thérapeute (*tu la vois ↑*, ligne 31). Ce deuxième topic est traité durant douze minutes trente (hors transcription) avant que le troisième ne soit introduit après un épuisement topical (lignes 33-36).

TC2c_cas multiples (25:35 -25:49)

```

33 S [...] elle va aller de l'avant↓
34 T +hm hm↓(4.0)
35 +hoche la tête, sourit et regarde ses mains
36 ouais↓(2.0) .hh au niveau↓ je change de patient hein↑(0.5)au niveau chimique↓
37 monsieur Nelson↓
38 S monsieur↑
39 T monsieur NESLON↓

```

La thérapeute signale explicitement le changement de sujet (*je change de patient hein ↑*, ligne 36) avec une paire adjacente attirant l'attention du superviseur. La seconde partie de la paire n'est pas énoncée ; la thérapeute poursuit donc en annonçant le thème et le patient dont il s'agira (*au niveau chimique ↓monsieur Nelson ↓*, lignes 36-37). Le superviseur topicalise par une première partie de paire adjacente, invitant la thérapeute à élaborer la description de la situation clinique proposée.

5.2. Cinq activités de supervision

La supervision est un dispositif qui se situe dans un espace-temps regroupant superviseur et thérapeute, en l'absence du patient. Il est fréquent que le superviseur ne connaisse pas le patient, ou de manière très succincte, au cas où il travaillerait dans le même service que celui dans lequel le patient est suivi et qu'il aurait assisté à des présentations collectives, par exemples. Quel que soit le rythme de la supervision (hebdomadaire ou mensuel), le thérapeute rencontre le patient une à plusieurs fois entre les séances de supervision ; il mène alors, seul, les séances thérapeutiques. Le rôle du superviseur étant de former le thérapeute, il lui incombe alors de se renseigner sur les situations rencontrées par le thérapeute afin de proposer une compréhension éclairée des phénomènes rapportés, envisager les interventions à accomplir pour mener l'activité thérapeutique et donc d'étoffer les compétences professionnelles du supervisé. Les places de chacun sont en ce sens déterminées par le contexte de la rencontre sociale. Au visionnement de l'ensemble du corpus, nous avons identifié cinq activités de supervision qui se donnent à voir de manière intriquée dans les pratiques. Toutefois, pour faciliter la compréhension de ces phénomènes interactionnels complexes, nous présentons d'abord chaque activité de supervision de manière isolée. Nous exposons ensuite l'analyse d'un extrait en montrant l'imbrication de ces activités.

5.2.1. Renseigner la situation clinique du patient

Il s'agit de rendre disponibles les informations qui concernent le patient (anamnèse, symptômes, diagnostics, événements anciens et récents, etc.) et la thérapie (traitements médicamenteux ou psychosociaux, investigations, alliance thérapeutique, etc.). Cette activité constitue un socle sur lequel reposent les autres activités, au sens où elle permet au tandem de produire les informations nécessaires pour problématiser, développer des connaissances, et comprendre, évaluer et déterminer les interventions professionnelles. La distribution des tâches respectives pour le superviseur et le thérapeute est inhérente à la connaissance du patient. C'est en effet au thérapeute que revient la tâche de décrire le patient, sa situation et la thérapie de par son rôle auprès de celui-ci. Il déploie donc des ressources langagières variées, pour que sa narration permette au superviseur de se représenter le patient et la thérapie : les récits d'expériences (*storytelling*), les discours rapportés (directs et indirects), les descriptions factuelles (actions, événements), les évaluations personnelles (des actions, des événements, des discours), ainsi que les ressources vocales (prosodie, intonation, volume, etc.) et gestuelles (mouvements du visage et du corps) sont autant de ressources mobilisées pour convoquer la situation thérapeutique dans la séance de supervision. La tâche du superviseur, quant à elle, consiste à favoriser le récit du thérapeute. Il recourt à des ressources diverses telles que le questionnement, la relance, la reformulation, les continuateurs vocaux et verbaux (*hm hm, donc ?*), le silence.

L'extrait suivant présente une séquence lors de laquelle la thérapeute décrit un entretien téléphonique avec un patient qui souhaite reprendre le suivi thérapeutique après un entretien de crise et plusieurs rendez-vous manqués. L'extrait débute après une présentation des événements survenus :

TF1_renseignement (03:30 - 04:29)

1 T donc il demande à rev'ni::r(0.5) il était aussi tout désolé par rapport à
2 moi:: il expliquait que(0.2)la dernière fois que j'l'ai vu t'sais +il était&
3 S +opine
4 T & euh:il était très alcoolisé::pis j'l- on n'avait pas pu faire l'entretien
5 ça avait pas été possible↑=
6 S =hm hm
7 T il a dit que ça avait été difficile pour lui:
8 S écrit sur son dossier
9 T mais que rien n'avait changé: et pis que- je lui ai expliqué qu'on avait été
10 deux fois chez lui et que là j'avais fait une demande aussi[et que je lui&
11 S [+hm hm↓ hm hm↓
12 +opine
13 T & ai expliqué ce que c'était↑ et il était un peu persécuté quand même hein↑=

Une analyse topicale de l'extrait révèle deux parties : la première, centrée sur l'échange téléphonique entre la thérapeute et le patient à propos de l'entretien de crise (lignes 1-13) et la deuxième, centrée sur les symptômes du patient (lignes 13-29).

Dans la première partie, la thérapeute décrit d'abord des faits liés au patient et à la situation clinique (*il demande à rev'nir, il était aussi tout désolé*, ligne 1 ; *il était très alcoolisé, on n'avait pas pu faire l'entretien*, ligne 4 ; *ça avait pas été possible*, ligne 5). Elle relate également, au moyen de discours rapportés indirects, ce que le patient et la thérapeute se sont dit en utilisant des verbes de discours (*il expliquait que*, ligne 2 ; *il a dit que*, ligne 7 ; *je lui ai expliqué qu'on*, ligne 9).

Le superviseur manifeste des signes d'encouragement à la narration par des gestes (des hochements de tête, ligne 3 ; 12 ; écrit dans son dossier, ligne 8), par des continueurs vocaux (*hm hm*, lignes 6 ; 11), ou verbaux (*bein ouais*, ligne 14), sans interrompre le discours de la thérapeute, c'est-à-dire en enchaînement rapide (lignes 5-6 ; 13-14) ou en chevauchement non compétitif (lignes 10-11). Ces manifestations brèves du superviseur semblent contribuer à la production langagière de la thérapeute puisqu'elle ajoute des éléments descriptifs à cette activité de renseignement.

Au milieu d'un tour de parole (ligne 13), la thérapeute interrompt l'explicitation de ce qu'elle a dit au patient en apportant une nouvelle information d'ordre clinique (*et il était un peu persécuté quand même hein ↑*, ligne 13). Une première réaction du superviseur est de valider cette information comme cohérente avec les événements survenus (le fait que l'équipe était allée chez lui parce qu'il ne s'était pas présenté à plusieurs rendez-vous). Cependant, lorsque la thérapeute précise l'objet de son sentiment de persécution (*par Adèle, il était persuadé de la connaître*, ligne 15), le superviseur s'étonne et produit un énoncé interrogatif (*ah ouais ↑*, ligne 16), en enchaînement rapide du tour précédent. Cette question marque un désalignement à l'énoncé conclusif de la thérapeute qui semble proposer une clôture topicale (*tout ça ↓ fin bref ↓*, ligne 15).

14 S = bein ouais
 15 T par Adèle↑ il était persuadé de la connaître↓ tout ça ↓ fin bref↑=
 16 S = ah ouais↑
 17 T [ouais↓
 18 S [mais(0.5)ouais↓(0.2)même un peu délirant °alors°↓=
 19 T =j'sais pas(0.2)pff ouais↑ mais il est toujours+heu::
 20 + mouvement de la main
 21 S limite↑=
 22 T =ouais [ouais↓ en entretien i:: il a l'impression que son- fin qu'il est&
 23 S [hm↓
 24 T & enregistré ou(0.5) plusieurs fois il m'a fait le coup il XX y a pas des
 25 caméra:↑ il va- mais t'sais il a↑(0.5)des traits euh (0.5) *parano↑ (1.5)
 26 *opine
 27 +et pis↑mais je sais pas↑ je me suis demandée si c'était pas par rapport à&
 28 S +écrit sur son dossier
 29 T & sa copine

Le superviseur enchaîne aussitôt en continuant son énoncé précédent (*mais*, ligne 18), indiquant un intérêt à obtenir plus de détails. La réponse brève de la thérapeute à cette relance du superviseur est produite en chevauchement du début du tour suivant. Le superviseur s'interrompt et valide la réponse de la thérapeute en écho (*mais (0.5) ouais ↓*, ligne 18). Il formule alors une hypothèse (*même un peu délirant alors ↓*, ligne 18). La thérapeute hésite à valider l'hypothèse et ajoute des éléments descriptifs du comportement du patient, aidée par le superviseur qui complète l'énoncé syntaxiquement incomplet de la thérapeute (*limite ↑*, ligne 21). Alors qu'elle hésite (*il est toujours heu::*, ligne 19) et qu'elle complète son énoncé verbal d'un geste de la main, le superviseur propose un adjectif pour qualifier l'état psychologique du patient, sous forme interrogative (*limite ↑*, ligne 21). Cette proposition en première partie d'une paire adjacente produit aussitôt une réponse positive et le développement d'une description comportementale du patient lors des entretiens (*il a l'impression que son- qu'il est enregistré*, lignes 22-24) et un discours rapporté direct du patient étayant l'hypothèse du superviseur (*y a pas des caméras ↑*, lignes 24-25). La thérapeute formule ensuite une assertion évaluative du fonctionnement psychologique du patient (*mais t'sais il a ↑ des traits euh parano ↑*, ligne 25) qui reprend l'hypothèse formulée en ligne 18. Le tour de parole de la thérapeute présente des signes d'hésitation (une troncation, un indice vocale - euh, des micro pauses) qui semblent

annoncer la remise en question de cette hypothèse clinique du délire de persécution. La thérapeute enchaîne ensuite avec une hypothèse qu'elle formule sur les raisons de ce sentiment de persécution à même d'invalider l'hypothèse en cours (*et pis ↓ mais je sais pas ↑ je me suis demandée si c'était pas par rapport à sa copine*, lignes 27-29). Dans cette deuxième partie, le superviseur interrompt l'activité de renseignement factuel initiée par la thérapeute dans le but d'obtenir des informations plus détaillées à propos d'un indice clinique qu'il relève dans la narration de la thérapeute. Il soutient ensuite l'explicitation de la thérapeute : cela amène davantage de détails sur les informations cliniques du patient. Les ressources langagières sont multimodales (verbales, vocales et gestuelles).

5.2.2. Problématiser la situation clinique

Il s'agit d'articuler les différentes informations, présentées par le thérapeute et relatives à la situation clinique. Selon les situations présentées, le tandem définit le problème clinique du patient (psychopathologie, fonctionnement psychologique ou social, symptomatologique, etc.) ou le problème technique du thérapeute (traitement médicamenteux, psycho-social) ou encore le problème relationnel entre le patient et le thérapeute (agressivité, engagement dans la relation thérapeutique, émotions éprouvées par le thérapeute, etc.). Les interactants recourent à des ressources variées, telles que le partage de connaissances théoriques, techniques ou expérientielles, la formulation d'hypothèses, l'investigation focalisée pour étayer, confirmer ou réfuter les hypothèses formulées. Cette activité est collaborative et les tâches sont distribuées entre le thérapeute et le superviseur selon les expertises de chacun et les configurations de participation sont sans cesse renégociées. Ainsi, bien que le cadre de l'interaction détermine des rôles pour chacun (expert-formateur pour le superviseur et supervisé novice pour le thérapeute), les savoirs nécessaires à la problématisation peuvent provenir de l'un comme de l'autre des participants.

Dans l'extrait suivant, la thérapeute soumet au superviseur une question qu'elle s'est posée à propos du fonctionnement psychique d'une patiente. Avant l'extrait, en début de supervision, la thérapeute décrit la trajectoire de la thérapie et plus spécifiquement le thème de l'identité sexuelle de la patiente. Elle décrit les phases de la thérapie et les échanges emblématiques concernant cette thématique. L'extrait débute au moment où elle décrit un entretien lors duquel elle a abordé avec la patiente ses choix vestimentaires, sa tenue physique et son allure de « camionneuse ». Une analyse topicale de l'extrait permet d'identifier cinq topics : le fonctionnement psychique de la patiente entre clivage et refoulement, le traitement médicamenteux, l'homosexualité, les transformations de la patiente et les mécanismes de morcellement pour s'adapter. Ces topics sont abordés en quatre phases, que nous analysons ci-dessous pour rendre compte de la dynamique interactionnelle dans l'activité de problématisation de la situation clinique présentée. Dans la première phase (lignes 1 à 13), la thérapeute formule le questionnement clinique qui a émergé lors du suivi thérapeutique (décrit précédemment et hors transcription).

TC1_problématiser (09:00 - 11:28)

- 1 T et la question que je me suis posée ↓ c'est (0.5) SI ELLE m'a envoyé cette balle
- 2 là ↓ =
- 3 S =hm hm ↓ (1.5)
- 4 T est-ce que c'est clivé ↑ (0.2) ou est-ce que c'est refoulé ↓
- 5 S °hm hm ↓ °

6 T si c'est clivé↓ça va sur un diagnostic↑
7 S ouais
8 T si c'est clivé↓ça va sur un autre [diagnostic
9 S [si c'est refoulé↓ ouais↓
10 T normalement si elle est clivée elle peut pas communiquer↑=
11 S =non↓(0.5)hm↓
12 T par contre elle sous-elle ÉTAIT parce que je suis en train de la dé-médiquer=
13 S =hm hm↑

Elle formule sa question en continuité de la phase précédente (centrée sur le renseignement de la situation clinique) en initiant son énoncé par la particule « et », ce qui fait de ce tour une transition topicale puisque le thème de l'interaction change. La formulation de la question est l'expression d'une pensée directement rapportée de la situation clinique. L'intonation descendante et la pause, qui suivent l'annonce de la question clinique, ponctuent et mettent en exergue le topic (*la question que je me suis posée* ↓ *c'est* (0.5), ligne 1). Elle introduit sa question en la reliant avec un évènement spécifique en interaction avec la patiente, en convoquant la patiente dans le discours (*SI ELLE m'a envoyé*, ligne 1) et l'usage d'une anaphore (*cette balle là*, lignes 1-2). Elle formule ensuite sa question en ponctuant le caractère binaire de son questionnement grâce à la prosodie marquée du tour et par la pause entre les deux propositions (ligne 4). L'activité de supervision revêt une dynamique de problématisation, dès que la thérapeute initie les hypothèses de réponses (lignes 6-10). Elle recourt à des assertions propositionnelles du type « si ... alors ». Le superviseur, quant à lui, soutient la production du discours de la thérapeute par des continueurs vocaux (*hm hm* ↓, lignes 3, 5) et verbaux (*ouais*, ligne 7). Il démontre son attention en intervenant aux moments pertinents, en fin d'énoncés de la thérapeute, marqués par l'intonation descendante et la complétude syntaxique de ses énoncés, ainsi qu'en reprenant une erreur logique de la thérapeute (lignes 8-9). Le superviseur valide également, pas à pas, le raisonnement en cours de la thérapeute (lignes 7; 11).

Alors qu'elle initie une suite réflexive (ligne 12), la thérapeute interrompt son raisonnement en ne complétant pas syntaxiquement son énoncé et ouvre un nouveau topic, celui de la dé-médication de la patiente, qui fait l'objet de la deuxième phase de problématisation. Le superviseur s'aligne aussitôt à cette transition topicale en enchaînant rapidement avec un continueur vocal marqué par une intonation montante qui invitait à développer. Cette phase se déploie de la ligne 13 à la ligne 51. Les tours de parole de la thérapeute sont marqués par des énoncés assertifs informatifs, formulés avec des verbes d'action, et des renseignements d'ordre pharmacologiques. Ils alternent, en brefs, tours de parole brefs de la part du superviseur, qui valident la compréhension des informations cliniques ou qui encouragent leur développement soit par des continueurs verbaux, vocaux ou gestuels (hochements de tête). Cette deuxième phase montre une intrication des activités de renseignement et de problématisation, caractéristique des pratiques de supervision visibles dans nos données. Elle se caractérise par des échanges typiques de l'activité de renseignement, le superviseur encourageant la production d'un discours informatif de la part du thérapeute et sollicitant parfois des précisions en posant des questions spécifiques (ligne 24) :

14 T elle était sous trois de Risperdal
15 S d'accord↓
16 T je lui ai dit écoutez on va essayer↑
17 S ouais
18 T et pis elle a la XXX aussi↑donc on voulait un peu:[épurer aussi
19 S [réduire un peu le
20 traitement=
21 T = traitement=
22 S =ouais↓ hhouais↑=

23 T donc elle a accepté que je retire le Risperdal↑ça fait::
 24 S complètement↑
 25 T NON:=
 26 S =pas [complètement
 27 T [non: [juste pas
 28 S [+hm hm↓
 29 +hoche la tête

Bien que la phase d'explicitation de la dé-médication se poursuive jusqu'à la ligne 51, il se produit une parenthèse où le topic en cours s'ouvre au profit du thème de l'homosexualité de la patiente :

30 T elle avait TROIS pis donc je suis à DEUX↑(0.5) à partir du moment où elle a
 31 été soulagée de DIRE qu'elle était homosexuelle↓
 32 S hm hm↓
 33 T donc là j'ai senti qu'elle avait pfiou::=
 34 S =hm hm↓
 35 T bon elle a pas dit qu'elle était homosexuelle elle a dit qu'elle avait une
 36 préférence [pour les femmes↑ et qu'elle a rêvé se marier de SE marier avec&
 37 S [pour les femmes ouais↓
 38 T & une femme euh: hospitalisée ici
 39 S d'accord↓

En précisant les paliers de réduction de la posologie médicamenteuse du neuroleptique, la thérapeute indique la diminution des angoisses de la patiente liée à la révélation de ses préférences sexuelles (*à partir du moment où elle a été soulagée de DIRE qu'elle était homosexuelle* ↓, lignes 30-31). Les continueurs vocaux (lignes 32, 34) et les validations verbales de la compréhension du superviseur (lignes 37, 39) permettent à la thérapeute de compléter les informations liées à l'homosexualité de la patiente. Le topic de la dé-médication reprend ensuite en continuité argumentative (*donc c'est à partir de ce rêve*, ligne 40) :

40 T donc c'est à partir de ce rêve qu'on a: donc à partir de ce rêve j'ai retiré
 41 le UN de Risperdal↑ et pis elle avait du Concerta trente sept et puis seize↑
 42 S hm↓
 43 T et j'ai enlevé le Concerta aussi↓
 44 S hm↓ °ouais c'est xxx°
 45 T donc elle plus que trente sept de concerta et deux de Risperdal↑(.)elle a des
 46 antidépresseurs aussi encore
 47 S hm↓
 48 T pour le moment↑euh: +elle arrête ses médicaments euh:
 49 +hausse les épaules, les sourcils et mimiques du visage
 50 S à mon avis ça va rien faire↑à la limite↓
 51 T croise les doigts en l'air en haussant les sourcils

Un énoncé conclusif est formulé de manière multimodale lorsque la thérapeute informe le superviseur que la patiente ne prend plus aucun médicament (ligne 48), ce qu'elle complète par des gestes qui sont interprétés par le superviseur comme des signes concernant les conséquences de cet arrêt du traitement. Il évalue qu'il n'y aura pas de conséquence (*à mon avis ça va rien faire* ↓ *à la limite*, ligne 50), affirmation à laquelle la thérapeute répond de manière gestuelle (croise les doigts en l'air en haussant les sourcils, ligne 51), signifiant son espoir que l'évaluation du superviseur se confirme effectivement. Après cette analyse de la deuxième phase, il semble qu'une partie de l'hypothèse initiale du clivage ou du refoulement ait été élucidé en clôture. Pour rappel, la transition topicale en ligne 12, qui ouvre sur le thème de la médication, survient au milieu d'un énoncé qui développait la thèse du fonctionnement clivé de la patiente. La thérapeute, semblant faire un lien entre le clivage et la médication, a proposé le nouveau topic, sur lequel le superviseur s'est aussitôt aligné (*hm hm ↑*, ligne 13). Le

neuroleptique ayant été arrêté sans conséquence, selon l'évaluation analytique du superviseur, la thèse du fonctionnement clivé ne peut pas être confirmée.

La troisième phase de l'extrait (lignes 52 à 66) donne à voir la construction conjointe d'une réponse aux questions initiales de la problématique clinique. La thérapeute se désaligne partiellement de l'évaluation du superviseur en reléguant à l'espoir le constat final de l'état de la patiente (ligne 51). La thérapeute renforce ce désalignement en initiant l'énoncé suivant par un marqueur discursif d'opposition qui ne complète pas la structure syntaxique de l'énoncé précédent (*mais tu vois ses transformations déjà plusieurs fois*; ligne 52). Cette transition topicale non convergente initie clairement la troisième phase.

```

51 T croise les doigts en l'air en haussant les sourcils
52 +mais tu vois ses [transformations déjà plusieurs fois:
53 S +hausse les sourcils
54 [ouais(0.2)ouais(0.2)ouais↓ je pense euh qu'il y A une
55 dimension REFOULEE TRES IMPORTANTE chez elle↓(3.0)
56 T °ouais°(0.2)c'est QUAND même difficile ce dia- +ce ce::
57 + mouvements des deux mains
58 S ce truc clivé ouais↓ (0.2)à VOIR hein↑ mais c'est plutôt LA D'SSUS que MOI
59 je parierais tu vois↑
60 T ah OUI(0.2) vu vu l'histoire de la camionneuse
61 S *ouais↓
62 *hoche la tête
63 T tu vois↑ c'est(1.0)jusque lA à la VOIR on la sentais *clivée mais en fin de &
64 S * hoche la tête----- >
65 T & compte c'était refoulé=
66 S ----- >*
```

Le superviseur se désaligne lui aussi de la nouvelle proposition topicale de la thérapeute (lignes 53-55). Il marque sa surprise, ou son doute, en haussant les sourcils (ligne 53) ; il accomplit une pré-clôture, en formulant des assertions conclusives en chevauchement du tour de la thérapeute (*ouais (0.2) ouais (0.2) ouais ↓*, ligne 54) ; et il reprend la problématisation centrée sur la question du fonctionnement de la patiente (*je pense euh qu'il y A une dimension REFOULEE TRES IMPORTANTE chez elle ↓*, ligne 55). Il statue sur la problématique de manière affirmée en accentuant sur le verbe (*il y A*) et les éléments évaluatifs (*REFOULEE TRES IMPORTANTE*), malgré des indices de prudence en début de tour (*je pense euh*). Une longue pause laisse le temps à la thérapeute de prendre son tour. Elle s'auto-sélectionne en se désalignant partiellement par un marqueur d'opposition (*c'est QUAND même difficile*, ligne 56). Elle ne semble pourtant pas encore convaincue, considérant les traces d'hésitations dans l'alignement (*°ouais°*, ligne 56), la difficulté à formuler les termes à employer (*ce dia-ce ce*) et le recours aux gestes pour pallier cette difficulté (mouvement des deux mains et superposition de l'énoncé en ligne 57). Pourtant, le superviseur insiste sur son évaluation d'un fonctionnement psychique de refoulement en utilisant une anaphore pour recycler le topic et le postulat précédemment énoncé et en accentuant le pronom en première personne (*c'est plutôt LA D'SSUS que MOI je parierais*, ligne 58-59). Il termine son énoncé par une technique collaborative de premier locuteur pour le développement de ce topic, en formulant une première partie de paire adjacente (*tu vois ↑*, ligne 59). Cette fois-ci, la réponse de la thérapeute est convergente avec l'exclamation (*ah OUI*, ligne 60). Elle développe sa réponse après une courte pause en recyclant le topic de la « camionneuse » qui a fait l'objet de l'activité précédente de renseignement (hors transcription et précédant l'extrait en cours). Après un alignement fort du superviseur, visible au niveau verbal et gestuel (lignes 61-62), la thérapeute étaye l'explicitation de sa compréhension du fonctionnement psychique de la patiente (lignes 63-65), soutenue par les hochements de tête du superviseur (lignes 64-66).

L'activité de problématisation se clôt sur une quatrième phase, principalement conduite par le superviseur. Il s'agit d'un long énoncé conclusif qui synthétise tous les éléments significatifs ayant concouru à problématiser la situation clinique et à résoudre les questions relatives au fonctionnement de la patiente :

67 =ouais mais(0.2)de COMBIEN de GENS qui ont une homosexualité refoulée↑doivent
68 ETRE dans des mécanismes(0.5)comme ça: de MORCELLEMENT↑(0.5) pour euh:tu
69 vois↑ pour SURVIVRE(0.2)pour euh: S'ADAPTER:(0.2) pour euh(0.2)faire FACE
70 T hm
71 S tout le temps tu te CACHES tout le TEMPS↓

La question du refoulement est reliée à l'homosexualité de la patiente (ligne 67) et généralisée comme un fonctionnement psychique normalisant (*COMBIEN de GENS...doivent ETRE dans des mécanismes comme ça*; lignes 67-68). Le clivage est recadré théoriquement en termes de « morcellement » dans une logique psychologique orientée vers la survie et l'adaptation de la patiente aux normes sociales (sous-entendues dans l'extrait mais développées dans la suite de la supervision).

Cette dernière phase est le résultat d'une séquence collaborative complexe de construction d'une signification partagée sur la problématique clinique d'une patiente connue et suivie par la thérapeute. Des savoirs théoriques et expérientiels sont convoqués pour problématiser et répondre aux questions soulevées en début d'activité. Tant le superviseur que la thérapeute recourent à des territoires d'expertise propres. La thérapeute détient une connaissance de la patiente supérieure à celle du superviseur, qui, lui, convoque des savoirs théoriques : ils vont lui servir à élaborer des hypothèses à partir des renseignements apportés par la thérapeute ou à investiguer de manière spécifique la situation présentée. L'analyse de tout le corpus montre toutefois que les thérapeutes mobilisent eux aussi des connaissances théoriques pour contribuer à la compréhension du problème, et que les superviseurs vont recourir à des savoirs expérientiels, pour contribuer à la connaissance du patient lorsqu'il a été amené à le rencontrer lors d'une séance en réseau de soins, par exemple. De surcroît, il est intéressant de relever également que l'activité de problématisation comprend souvent des détours par d'autres activités de supervision imbriquées, telles que le renseignement (comme dans cet extrait) ou l'enseignement, dans d'autres séquences.

5.2.3. Enseigner/apprendre de nouvelles connaissances

Il s'agit pour les interactants de « mettre en circulation », dans les échanges, des connaissances de natures diverses (théoriques et/ou techniques). La configuration de participation est déterminée par le cadre interactionnel de la supervision conférant au superviseur une autorité épistémique et un rôle de transmission de savoirs experts au thérapeute novice. Les données montrent que ce dernier sollicite le superviseur par des questions ou des demandes d'aide, confirmant dans l'interaction les rôles prédéterminés. Le superviseur est aussi en mesure d'intervenir spontanément, en soulignant son propos d'un éclairage théorique.

L'extrait suivant illustre une séquence d'enseignement sur le suivi d'une femme présentant un trouble du comportement alimentaire (TCA). L'analyse topicale de toute la séance de supervision permet d'identifier un topic central qui concerne les objectifs thérapeutiques avec une patiente souffrant d'anorexie. Des thèmes secondaires, tels que la demande de soin de la patiente, les interventions inefficaces du thérapeute, l'alliance thérapeutique, le fonctionnement cognitif des personnes ayant un TCA, les approches thérapeutiques

pertinentes, sont déployés par le tandem. Après avoir renseigné le superviseur sur l'histoire de vie de la patiente et une première phase de thérapie dans laquelle il se trouve en difficulté (hors transcription), le thérapeute aborde la question des objectifs thérapeutiques qu'il décrit comme une question personnelle, non explicitée clairement à la patiente. Au début de l'extrait, il décrit avoir un discours intérieur à propos de l'objectif à atteindre en termes de poids et un discours adressé à la patiente différent. Une analyse topicale de l'extrait permet d'identifier deux thèmes : l'objectif thérapeutique en termes de poids et ce dont on peut/doit parler avec une personne souffrant de TCA. L'activité d'enseignement (lignes 35 à 65) émerge suite à une phase de problématisation (lignes 1-34).

TD5_enseigner (11:48 – 13:36)

```

1 T j'me dis que j'vais +réussir à la faire monter à quarante huit↑quelque &
2 S + hoche la tête fortement----->+
3 T & chose comme ça↑ alors que [c'est pas ça qu'il faut du tout hein↑ +bon MOI&
4 S [+hm↓
5 +secoue la tête en négation -----> +hausse
6 l'épaule
7 T &c'est pas ce que j'lui dit hein↑ j'lui dis +qu'on vise quarante cinq(0.2)
8 S +hoche la tête----->
9 T mais peut être dans ma tête euh:: j'ESPERE euh plus que +ça en fait↓=
10 S ----->+ +hausse l'épaule
11 = ou il faut pas parler d'ça↓(2.0)
12 puis les sourcils----->+

```

Dans un premier temps, le thérapeute décrit ses pensées (*j'me dis que*, ligne 1 ; *dans ma tête j'espère*, ligne 9) et le contenu de son discours adressé à la patiente concernant cette prise de poids comme objet de négociation (*c'est pas ce que je lui dis hein j'lui dis que*, ligne 7). Malgré un topic centré sur le poids en kilos à atteindre, les énoncés du thérapeute rendent compte de son espoir personnel concernant cette prise de poids de la patiente (*j'me dis que j'vais réussir*, ligne 1 ; *j'ESPERE euh plus que ça en fait*↓, ligne 9). Cette observation du contenu du discours est renforcée par des indices vocaux, les accentuations, qui soulignent l'importance que le thérapeute porte à ce qu'il vit lui (*MOI*, ligne 3 ; *ESPERE*, *ça*, ligne 9). Le superviseur accompagne le récit du thérapeute en réagissant sur un plan comportemental de manière synchrone au contenu du discours, témoignant de sa compréhension et de son alignement à l'activité en cours: il hoche de la tête de manière prononcée lorsque le thérapeute explicite ses pensées rapportées (lignes 1-2), il secoue la tête en signe de négation quand le thérapeute évalue négativement cette pensée (ligne 5), il hausse les épaules au moment où le thérapeute produit un marqueur discursif minimisant ce qui vient d'être dit (*bon MOI, c'est pas ce que j'lui ai dit*, lignes 3-7), il hoche de la tête quand le thérapeute énonce ce qu'il dit à la patiente (lignes 7-8). Ces comportements semblent soutenir la production langagière du thérapeute qui termine son tour de parole avec des signes d'hésitation et de prudence (*peut-être [...] euh [...] euh*, ligne 9).

Le superviseur enchaîne rapidement avec un énoncé proposant une réorientation de la réflexion initiée par le thérapeute avec un effet de contraste suggéré par l'usage du terme « ou » en début de prise de tour. Malgré un désalignement sur le contenu (le nombre de kilos à viser), le superviseur propose une transition topicale, l'usage de l'anaphore « ça » assurant une certaine continuité avec le tour précédent. Il ouvre une phase de problématisation en énonçant une hypothèse, celle de ne pas parler du poids de la patiente (*ou il faut pas parler d'ça*↓, ligne 11). Cette technique de second locuteur exploite le tour précédent pour réorienter la conversation. L'intonation descendante en fin d'énoncé et la pause de deux secondes

indiquent ratification vers le nouveau topic. Le thérapeute s'auto-sélectionne ensuite en posant une question indiquant son alignement au changement topical et invitant le superviseur à développer.

```

13 T  donc pas parler du tout du poids tu dis↑=
14 S  =NON j'veux dire [oui:: (inaud)
15 T  [l'objectif à atteindre en termes de poids↑
16 S  +ouais
17   + négation de la tête puis nod
18 T  hoche la tête
19 S  +parce que j'me dis::↑dans une situation comme ça:↑de toute façon↑pff quel &
20 T  +écrit dans son cahier ----- >
21 S  & contrôle tu as là d'ssus↑(0.2) euh(0.2) pff(2.0)
22 T  ----- >+regarde le superviseur
23 S  *tu vois parce que le +problème [de l'histoire du POIDS(.) c'est que si tu &
24   * mouvements de la main rythmé par la prosodie ----- >
25 T  + opine et écrit dans son cahier ----- >
26   [OUI oui XXX
27 S  & lui dis alors voilà l'objectif ça va être quarante huit↑ ou quarante cinq
28   ou quarante cinq et demi↑(0.2) l'un après +l'autre↑(0.5) de toute façon &
29 T  ----- >+ +hoche la tête
30 S  & elle peut faire ce qu'elle veut pour=
31 T  =+ça on est d'accord=
32   + secoue et hoche de la tête en fermant les yeux
33 S  tri-cher↓ pff↓ (1.0)
34   ----- >*

```

La première partie d'une paire adjacente produite par le thérapeute est énoncée avec le marqueur discursif « donc » qui indique la tentative du thérapeute de reformuler ce qu'il a compris de la proposition du superviseur et qui requiert une réponse de sa part pour valider cette reformulation. Le superviseur formule sa réponse en enchaînement rapide de tours avec une accentuation et une ambivalence sur le contenu produit. Cet énoncé indique que l'hypothèse formulée exige d'être testée et que le superviseur ne détient pas, à ce stade de l'échange, une opinion claire. Le thérapeute réagit également rapidement à la négation du superviseur et reformule encore sa compréhension en chevauchement du tour. Cette transition topicale sous la forme d'une problématisation de la part du superviseur (*j'me dis ::*, ligne 19) laisse rapidement place à l'activité d'enseignement. Elle se donne à voir par la formulation d'une question rhétorique typique des questions dans les activités d'enseignement (lignes 21-23), puisque le superviseur ne laisse pas le temps au thérapeute de répondre et produit des sons (*euh [...] pff*, ligne 21) ; ceux-ci semblent être interprétés par le thérapeute comme des éléments de réponse. En effet, ce dernier ne prend pas son tour malgré les deux secondes en fin d'énoncé du superviseur. Celui-ci prend alors clairement une posture d'expert qui explique la non pertinence du travail thérapeutique sur la prise de poids (*tu vois parce que le problème de l'histoire du poids(.) c'est que*, ligne 23), animé par une gestuelle qui rythme et soutient la prosodie et les énumérations. Le thérapeute s'aligne à l'activité d'enseignement du superviseur en présentant des comportements d'apprenant (la prise de note continue) et des marqueurs d'alignement verbaux (*OUI oui*, ligne 26) et gestuels (hochements de tête). L'enseignement théorique se poursuit.

Alors que les lignes 19 à 33 démontrent les raisons de ne pas parler du poids, les lignes 35 à 39 précisent les conditions médicales imposant de traiter prioritairement la prise de poids lorsque les personnes ont un poids dangereux pour leur vie. Cette partie présente des caractéristiques directives par l'émergence d'une prescription initiée avec emphase (*ALORS*, ligne 35) en milieu d'énoncé de synthèse et une ponctuation de clôture de la prescription (*voilà ↓*, ligne 41). Le

thérapeute s'aligne rapidement par une prise de note, des hochements de tête et une validation verbale (*oui oui*↓, ligne 40). Le superviseur enchaîne sans laisser le thérapeute prendre la parole et complète la recommandation (lignes 41 à 54) d'une action thérapeutique centrée sur les phénomènes sous-jacents à l'anorexie (contrôle, isolement, etc.), animée d'une gestuelle qui soutient l'énumération des contenus théoriques retenir.

```

35      -fin MOI j'trouve toujours que c'qui est le plus ut- ALORS↓+(2.0)
36 T                                     + écrit
37 S   quand les gens sont très très maigres c'est clair qu'on peut pas faire
38 S   & +autrement que de parler de poids↓(0.5) donc de bouffe↓=
39 T   + regarde le superviseur et reprend l'écriture en hochant la tête---->
40     =oui oui↓=
41 S   =voilà↓(0.5) mais quand on est dans un TRUC(0.2) j'veux pas dire hyper
42     confortable mais VAGUEMENT PLUS confortable↑
43 T   oui oui↓
44 S   peut-être qu'on peut parler d'autre chose et de choses qui SOUS-TENDENT(2.0)
45     donc ça peut être la *question:: du CONTRÔLE(0.5) ça peut être *la question
46                                     *lève le pouce                               *lève l'indexe
47     de(.) l'ISOLEMENT(0.2) *psychosocial: (0.5) ça peut être l'inquiétude qu'elle
48                                     * mouvements rythmé de la main
49     génère chez les PROCHEs(0.2) ça peut être tu vois↑d'autres [TRUCs qui sont &
50 T   ----- >+
51                                     [°ouais
52 S   & peut-être MOINS centrés sur un truc où tout le monde va s'épuiser(1.0)
53     +je pense↓(2.0)
54     +croise les mains devant le menton

```

Le positionnement de chacun indique des rôles clairement identifiés et répartis : le superviseur enseigne et le thérapeute apprend.

5.2.4. Évaluer les actions du thérapeute

Il s'agit de porter un jugement ou une appréciation sur les actions thérapeutiques, rapportées dans le discours du supervisé. Superviseur et thérapeute produisent des évaluations à propos de ce qui a été fait ou dit lors des entretiens thérapeutiques avec le patient. Les données montrent que cette activité peut être initiée par le thérapeute ou par le superviseur. Le thérapeute formule parfois une question directe de demande d'évaluation d'une action menée ; il peut également signifier une inquiétude à propos de sa posture thérapeutique ou de ses interventions. Le superviseur, quant à lui, initie cette activité lorsqu'il interroge directement le thérapeute sur ce qu'il a fait, sur le type d'intervention ou sur la manière dont il l'a réalisée. Dans certains cas, c'est le désalignement ou la désaffiliation du superviseur qui rend manifeste une évaluation négative de ce que le thérapeute présente dans son récit d'expérience.

Dans l'extrait suivant, la thérapeute présente le suivi d'une patiente et l'attitude thérapeutique à adopter à son égard, après un entretien téléphonique avec son art thérapeute qui s'inquiète beaucoup des signes de dépression qu'elle présente en atelier. La thérapeute s'interroge sur les choix thérapeutiques dans le suivi de la patiente, s'inquiétant de possibles effets néfastes de ses interventions et souhaitant être rassurée que les signes de dépression que présente la patiente s'inscrivent dans un processus « normal » de la thérapie. En début de présentation clinique, la thérapeute formule une question initiale qui oriente ensuite les échanges avec la superviseuse :

TA6_évaluer_ouverture de séquence (41:08)

1 T est-ce que finalement il faudrait pas la laisser avec ses défenses qui lui
 2 ont permis de fonctionner plus ou moins† et pis qu'on fait pas p- MOI j'ai
 3 l'impression qu'elle va moins bien depuis qu'on essaie +de:: tu vois†
 4 +sert les points
 5 devant elle

Durant les minutes suivantes, la thérapeute renseigne la superviseure sur les éléments cliniques de la patiente (comportements et signes de dépression) et donne des exemples d'évènements survenus ou d'échanges en thérapies. La superviseure soutient l'activité de renseignement par des questions précises qui relancent les descriptions. L'analyse topicale permet d'identifier trois thèmes dans l'extrait suivant: le phénomène clinique de la recrudescence des symptômes dépressifs lors d'une psychothérapie, le doute de la thérapeute et les enjeux de la relation thérapeutique. Ces thèmes sont abordés de manière séquentielle avec une boucle de négociation du topic « doute de la thérapeute » en milieu de l'extrait. Une activité d'enseignement théorique et pratique se déploie en filigrane du travail d'évaluation des interventions de la thérapeute, alors que la demande initiale de la thérapeute oriente le topic central sur une remise en question de l'orientation de la thérapie et du bien-fondé des interventions menées.

L'extrait débute avec une transition topicale initiée par la superviseure (ligne 1). Elle prolonge la réflexion précédente, qui concerne les enjeux de performance de la patiente sur son lieu de travail, vers les effets du travail thérapeutique sur l'humeur de la patiente. La thérapeute s'aligne aussitôt à cette proposition et décrit avoir abordé cette même perspective analytique avec la patiente.

TA6_évaluer (44:45 - 53:48)

1 S j'pense que(0.2) au-aussi c'que vous abordez en thérapie ça la DEPRIME(0.5)
 2 T [.hh
 3 S [(inaud)
 4 T c'est au- c'est aussi c'que j'lui ai DIT à ELLE + en [disant bein VOILA
 5 S +hoche la tête
 6 [parce que vous avez
 7 quand même pu parler de cet enfant vulnéra::[ble
 8 T [ouais(0.2)
 9 S hoche la tête
 10 T de dire bein quand on aborde ça bein forcément [ça::(3.0)
 11 S [+.hhh
 12 +hoche la tête----- >
 13 T ça remue aussi des choses et pis vous êtes un peu plus connectée à ce que
 14 vous avez [à ce que vous essayez d'éviter depuis longtemps:: et ça peut &
 15 S [hm hm
 16 T & être douloureux†=
 17 S =hm hm
 18 --- >+

Elle insiste sur les mots qui indiquent son échange avec la patiente en accentuant certaines parties (*c'que j'lui ai DIT à ELLE*, ligne 4), produisant une emphase sur son action. Elle a recours au discours rapporté directe pour illustrer finement ses propos et l'intervention menée auprès de la patiente (lignes 4-16). L'usage du pronom « vous » à plusieurs reprises souligne cette simulation de l'interaction verbale avec la patiente (*vous êtes...vous avez...vous essayez...*, lignes 13-14). Alors que la thérapeute s'apprête à rapporter son discours auprès de la patiente (*en disant bein VOILA*, ligne 4), la superviseure énonce, en chevauchement, une hypothèse qui semble viser à une confirmation de la part de la thérapeute, interrompant le cours de l'activité descriptive. La thérapeute répond brièvement à la demande de la superviseure mais enchaîne

aussitôt la suite du tour précédent en employant le verbe « dire », assurant ainsi sa continuité (*en disant bein VOILA*, ligne 4 ; *de dire bein quand on aborde ça*, ligne 11). Dès la réponse de la thérapeute à l'hypothèse formulée, la superviseure s'aligne à la reprise de tour de la thérapeute en hochant la tête et en la laissant développer (lignes 8-10), soutenant également la production langagière par des continueurs vocaux (lignes 15 et 17) et des hochements de tête (lignes 12-18). Une transition est initiée par la thérapeute en présentant son doute et son souci quant à la pertinence des actions menées ; elle problématise ses interventions en regard de ses connaissances théoriques sur les processus affectifs de la thérapie, ce qui lui permet d'initier une activité d'évaluation de ses actions :

19 T +MAIS +mais tout d'un coup j'ai eu MOI euh(.)un(.)un DOUTE et un souci &
 20 +sourit
 21 S +sourit
 22 T &en disant mais est-ce que f est-ce que c'est JUSTEE [est ce que je vais &
 23 S [hm hm↑
 24 T & quand même dans la bonne direction↑et(.)et de VOIR que: finalement elle
 25 elle est plus déprimée du tr- 'fin hh-hh- c'est pas qu'ÇA mais [n- du fait&
 26 S [.hh
 27 T &aussi du travail qu'on fait↑=

L'accentuation (*MAIS*, ligne 19) marque une emphase sur le doute éprouvé par la thérapeute, renforcée par son apparition subite (*MAIS mais tout à coup j'ai eu MOI euh(.)un(.) un DOUTE et un souci*, ligne 19). Les notions de doute et de justesse sont liées grâce à l'accentuation des mots dans l'énoncé. La thérapeute formule deux questions qui détaillent ses réflexions (*est-ce que c'est JUSTE est ce que je vais quand même dans la bonne direction ↑*, lignes 22 et 24), précisant le lien de ce doute avec l'assertion du topic central annoncé par la superviseure en début d'extrait (le lien entre le travail thérapeutique et l'augmentation des symptômes dépressifs). La superviseure s'aligne et encourage la thérapeute de manière gestuelle (sourit, ligne 21) et vocale (ligne 23).

La superviseur enchaîne rapidement avec emphase (*OUI*, ligne 28). Le début de ce tour de parole se veut rassurant, grâce à des marques qui minimisent l'intensité (*OUI mais bon*, ligne 28) et normalisant le phénomène qui inquiète la thérapeute par un argumentaire qui justifie le fait que la patiente soit plus déprimée (*c'est normal qu'elle soit plus déprimée parce que*, ligne 28 et 31)

28 S =OUI mais bon c'est c'est c'est c'est normal +qu'[elle soit plus déprimée&
 29 T +hoche la tête et écrit -->
 30 [°ouais°
 31 S &parce que elle aborde des choses qu'elle a jamais: qu'elle a tout le temps
 32 euh(0.5)qu'elle a toujours voulu laisser sous dix couches de=
 33 T =ouais
 34 S de béton quoi↓(0.5)j'pense qu'il faut normaliser un peu ÇA(2.0)et pis
 35 vraiment travailler sur POURQUOI être dans la performance là bas::(3.5)
 36 j'pense que tu fais bien de la POUSSER(2.0)

La thérapeute prend des notes sur sa feuille et acquiesce en chevauchement ou en enchaînement rapide, sans interrompre véritablement le tour de parole de la superviseure ; celle-ci, non seulement recycle son opinion quant au phénomène clinique discuté (le travail thérapeutique la déprime, ligne 1, et c'est normal, ligne 28), mais aussi prescrit également l'action de normaliser les symptômes dépressifs dans le cadre de la thérapie (lignes 34-35) et de donner du sens au fonctionnement psychologique de la patiente (*et pis vraiment travailler sur POURQUOI être dans la performance là-bas*, lignes 34-35). Après une longue pause, durant laquelle la thérapeute continue d'écrire sur sa feuille sans regarder la superviseure ni prendre

la parole, la superviseure énonce une évaluation positive des actions de la thérapeute, insistant sur l'action de « pousser » la patiente. C'est la première assertion explicitement évaluative (ligne 36), endossée clairement par la superviseure (*je pense que*), l'évaluation positive d'une action de la thérapeute (*tu fais bien*) et l'intervention thérapeutique spécifique (*de la POUSSER*). Cet énoncé est central dans cet extrait car il répond directement à la question initiale de la thérapeute en ouverture de séquence (*MOI j'ai l'impression qu'elle va moins bien depuis qu'on essaie de : <en serrant les poings devant elle:>*, extrait d'ouverture TA6, ligne 3-5).

Après une pause de deux secondes, la thérapeute s'auto-sélectionne et semble reprendre la suite d'un énoncé précédent en discontinuité du tour de la superviseure. La thérapeute débute son tour avec la fin d'une narration initiée précédemment, alors qu'elle décrivait les doutes qui l'ont assaillie au cours d'un entretien avec la patiente (lignes 19-27). La forme narrative reprend en écho (*et du coup ↑*, ligne 37) l'effet émergeant du doute et de la prudence qui en a découlé. Le temps des verbes au passé et la contextualisation de l'évènement (*j'étais LA à l'entretien suivant*, ligne 37) situe la narration en continuité du précédent récit.

```

37 T et du coup↑ j'me suis rendue compte que j'étais LA à l'entretien suivant
38 ----- >+ sourit
39 j'avais oublié madame Travin↑ j'étais j'étais beaucoup +plus prudente [hh
40 S [hm
41 +topine----- >+
42 hm↑
43 T `fin tu vois↑ [tu r'viens↑ c'est un peu c'qui se joue depuis +l'début↑ou &
44 S [hm hm↑
45 +topine
46 T & [elle- le message c'est j'suis très vulnérable et tout à coup↑ ne me&
47 S [+hm hm↑
48 +hoche la tête----- >+
49 T &poussez pas trop↑=
50 S =hm hm↓ ouais exactement

```

La thérapeute enchaîne ensuite avec une analyse du fonctionnement relationnel de la patiente depuis le début de la thérapie (ligne 43) et avec les éléments analytiques actuels en recyclant les termes précédemment énoncés par la superviseure (*vulnérable*, lignes 7 et 46 ; *pousser*, lignes 36 et 49). La superviseure soutient la description et l'analyse de la thérapeute par des continuateurs vocaux et des hochements de tête (lignes 40-42 et 47-48), validant le tout par un énoncé conclusif (*hm hm↓ ouais exactement*, ligne 50). Les signes de validation et d'évaluation positive produits par la superviseure ne semblent pas produire d'effet rassurant sur la thérapeute, qui formule alors une demande explicite de son besoin d'être rassurée.

```

51 T mais MOI là j'ai b'soin d'être un peu rassurée +fhhhf=
52 +écrit sur sa feuille----- >
53 S mais MONTRE lui essaie essaie de de voir j-j'pense +que ce qu'elle te montre
54 T ----- >+ regarde S
55 là c'est c'est vraiment un peu elle fait un peu des APPELS +(0.5)hein↑=
56 S +nods,écrit-- >
57 =ouais↓
58 S au sens +KOP du terme↓(1.0) euh: `fin elle te dit: regarde comme je suis&
59 T + regarde S et hoche la tête et reprend l'écriture ----- >
60 S &vulnèra::ble euh::montre moi que tu es *inquiè::te [pour moi::que que tu &
61 T *hoche la tête----- >
62 [hm hm
63 S & es présen::te c'est un peu [ça qu'il faut métacommuniquer↓ tu vois de lui&
64 T [ouais
65 ----- >*
66 S &dire que(2.0)oui tu vois que c'est DIFFICI::LE mais qu'elle est PAS

```

67 SEU::LE(3.0)
68 T +ouais
69 +hoche la tête
70 S tu vois↑ °y a: 'fin↓°+(7.0)
71 +baille
72 est-ce que t'as l'impression qu'y a un peu euh (1.0) le schéma: euh: LIMITE
73 là↑un peu activé aussi↑
74 T ----- >+
75 le schéma limite dans quel sens↑

Le début du tour de la thérapeute présente un désalignement prononcé à l'énoncé de la superviseure : le marqueur discursif « mais », suivi du pronom personnel accentué « MOI » et l'adverbe de lieu et de temps « là » indiquent la manifestation d'une demande d'attention pressante, suivie de la formulation du besoin spécifique (*j'ai besoin d'être un peu rassurée*, ligne 50). Cette insistance est minimisée par l'usage du terme (*un peu*) et par les rires en fin d'énoncé, couplés par le regard qui se détourne de la superviseure et se pose sur l'écriture. La superviseure répond par une prescription d'action (*mais MONTRE lui*, ligne 53) et par une explication théorique de la signification des comportements de la patiente (*je pense que ce qu'elle te montre là c'est [...] des APPELS au sens KOP du terme*, lignes 53-54). Elle est encouragée par le regard de la thérapeute (ligne 54), les hochements de tête et la reprise de l'écriture (ligne 56), une validation verbale (*ouais ↓*, lignes 57 ;64) et des continueurs vocaux (ligne 62). Un énoncé conclusif est ensuite formulé (lignes 63-66) et une phase de pré-clôture est initiée dénotant un épuisement topical (tours de parole brefs, silence, et diminution du volume de la voix, lignes 68-70). Alors que la thérapeute continue d'écrire dans son cahier (lignes 59 à 74) et après un long silence de sept secondes, la superviseure ouvre un nouveau topic par une question ouverte sur le schéma relationnel de la patiente. Il s'ensuit six minutes de problématisation durant lesquelles le tandem alterne la formulation d'hypothèses et le récit d'évènements survenus dans la vie familiale de la patiente ou dans les entretiens thérapeutiques. Avant la transition vers la phase de clôture de la séance de supervision, la superviseure enseigne des formulations utiles pour manifester à la patiente l'engagement de la thérapeute dans le suivi et pour méta-communiquer avec elle à propos de son fonctionnement relationnel de la patiente.

Alors que la thérapeute ferme ses dossiers, indiquant une phase de pré-clôture, la superviseure formule un énoncé conclusif de préparation à la prochaine action thérapeutique (ligne 77) et une demande de validation sur l'adhésion de la thérapeute à la posture thérapeutique développée pendant la séquence consacrée à la patiente (ligne 79).

76 T +ferme ses dossiers et lit un post it ----- >
77 S je pense que tu peux lui expliquer un peu comment NOUS on la perçoit↓
78 T hm hm↓
79 S mais t'es okay avec c'qu'on [dit là↑ ou bien↓=
80 T [*oui↓ (0.5) oui↓ (1.0) oui
81 * hoche la tête--- >+
82 ----->+ arrange les
83 dossiers sur ses genoux ----- >
83 parfait↓(0.5)bein ça va bien↑ j'avais juste besoin d'être *un [peu rassurée&
84 *regarde S---- >
85 S [hm↓ Souais
86 Sferme
87 ses dossiers et se lève
88 T sur mon attitude↓=
89 S ouais↓
90 T ---- > +se lève

La thérapeute répond positivement à la question de la superviseure par des énoncés très succincts. Puis elle développe la réponse en reprenant la formulation de son besoin d'être rassurée (ligne 51) sur l'attitude thérapeutique à adopter dans cette situation clinique particulière. Au moment où la thérapeute regarde la superviseure, celle-ci valide et clôt formellement la séance de supervision en fermant ses dossiers et en se levant, suivie de la thérapeute.

Dans la littérature, l'évaluation des actions thérapeutiques constitue une activité délicate : elle soulève en effet les questions de pertinence et d'efficacité du thérapeute dans le suivi de ses patients. En de cas de doute, d'inquiétude, comme dans cet extrait, ou d'évaluation négative de la part du superviseur, la dimension affective occupe une place significative dans l'interaction. Cette dimension sera développée dans les chapitres suivants. L'analyse du corpus montre que cette activité présente une complexité également liée au fait que l'activité d'enseignement y est imbriquée en vue d'explications des raisons de l'évaluation, positive ou négative.

5.2.5. Préparer les interventions futures

Il s'agit d'anticiper les situations cliniques à venir et de projeter l'action thérapeutique auprès du patient ou de ses proches. Différentes ressources sont mobilisées par le superviseur pour préparer le thérapeute aux interventions : il utilise des verbes d'action au futur ou au conditionnel pour décrire les interventions à mener ; il simule une interaction avec le patient en « jouant » le rôle du thérapeute et en formulant des discours fictifs, projetant dans le futur un discours adapté à la situation décrite par le thérapeute.

Dans l'extrait suivant, la superviseure initie une réflexion sur la manière de réintroduire les parents du patient (Pedro) dans le suivi thérapeutique. L'évolution de Pedro requiert un accompagnement des parents dans cette nouvelle étape de vie. La question de la participation des parents au réseau de soins s'est révélée complexe par le passé, car les inquiétudes de la mère étaient difficiles à calmer. L'équipe du service ambulatoire avait alors décidé de différencier les interlocuteurs, respectivement pour le patient et pour les parents, ce qui avait généré de fortes tensions entre la mère et l'équipe infirmière. Plusieurs années se sont écoulées depuis, et la thérapeute est restée la psychiatre principale de Pedro, malgré le récent changement de service. Durant les quelques minutes qui précèdent l'extrait ci-dessous, le tandem ouvre le thème de la prise de contact avec la mère de Pedro, avec une revue historique des échanges entre la thérapeute et les parents. L'extrait débute avec un questionnement de la superviseure concernant les enjeux relationnels entre les parents de Pedro, le service ambulatoire et la thérapeute. L'analyse topicale met en évidence trois thèmes qui composent l'activité d'élaboration des interventions à venir : l'action à mener, le désamorçage des enjeux conflictuels entre la mère et le système de soins, le contenu des échanges entre l'équipe ambulatoire et la mère. Cet extrait présente plusieurs étapes dans l'élaboration conjointe de l'intervention prochaine à mener : l'ouverture du topic central, l'investigation d'éléments importants pour la réussite de l'intervention, la reprise du topic central et la préparation de l'action

TB1_suites (43:09 - 44:50)

1 S maintenant↑(1.0) c'qu'il faudrait juste↑(.)peut être(.)j'sais pas comment
 2 désamorcer↓(.)j'sais pas ce que ELLE elle SAIT du service ambulatoire↓(1.0)
 3 ce qu'ils leur ont DIT du suivi↓=
 4 T =.hh OUI mais [çA:: ils leur ont dit↑
 5 S [+tu vois↑que ça soit PAS(.) que TOI↑ tu court-[circuites le &
 6 + se redresse et s'avance vers la thérapeute et se rassied
 7 T [non non↓
 8 S & service dans sa tête à +ELLE hein↑=
 9 +pointe l'indexe devant elle
 10 T >ouais ouais↓< tout à fait↓ >ouais ouais↓< il faut que ça soit bien clair
 11 que c'est en accord avec mes collègues du service ambulatoire↓=
 12 S =+VOILA↓=
 13 +hoche fortement la tête

La superviseure initie un nouveau sujet en marquant la transition par un marqueur temporel (*maintenant ↑*, ligne1) prononcé avec une intonation montante et une courte pause suggérant un développement topical à venir. Elle énonce qu'une activité qui devrait être menée et interrompt le développement à peine initié (*c'qu'il faudrait juste ↑*, ligne 1). Elle formule alors une interrogation de manière hésitante (*peut-être, j'sais pas*, micro-pauses, lignes 1-2) indiquant qu'il s'agit d'une réflexion personnelle émergente, celle d'envisager une manière de désamorcer les tensions existantes entre la mère et les soignants (information sous-jacente et abordées précédemment, hors transcription). Une inconnue est alors formulée, celle du contenu des échanges entre le service ambulatoire et la mère.

Cette explicitation de la réflexion à haute voix de la superviseure a pour effet d'impliquer la thérapeute dans le processus en cours. Celle-ci initie une réponse en alignement thématique, mais est aussitôt interrompue. La superviseure s'impose fortement dans cette prise de tour par un chevauchement compétitif des tours de parole (lignes 4-5) et un mouvement corporel synchrone avec la production langagière (ligne 6). La superviseure énonce une consigne forte pour le positionnement de la thérapeute (*que ce soit PAS(.) que TOI tu court-circuites*, lignes 5 et 8), appuyé par un geste de la main (ligne 9). Malgré l'accélération de l'échange et les chevauchements, les contributions de chacune concourent au développement topical car les contenus renseignent progressivement les éléments significatifs pour l'élaboration d'une action thérapeutique pertinente. Les indices d'alignement sont nombreux : des *backchannels* (*.hh OUI*, ligne 4 ; *non non*, ligne 7 ; *ouais ouais ↓tout à fait ↓ouais ouais ↓*, ligne 10), des termes en écho (*ce qu'ils leur ont dit*, lignes 3 et 4), une reformulation de la compréhension de la thérapeute à la consigne de la superviseure (lignes 10-11). Cette co-construction d'une posture partagée est ratifiée par la superviseure de manière verbale (*VOILA ↓*, ligne 12) et non-verbale (hochement de tête, ligne 13). Le contenu des échanges entre le service ambulatoire et la mère n'ayant pas encore été abordés, puisque la thérapeute a été interrompue dans le début de sa réponse (ligne 4), le topic est recyclé par la thérapeute dans une prise de tour par auto-sélection. La superviseure soutient le récit de la thérapeute par des hochements de tête en continu. Sans prise de tour manifeste de la part de la superviseure (pause de deux secondes, ligne 21 ; épuisement topical, lignes 23-25), la thérapeute initie une suite du développement topical (*donc (.) et*, ligne 26). La superviseure demande alors une précision sur les renseignements apportés (*çA c'était en février ↑*, ligne 27).

14 T =au service ambulatoire↑ils leur ont DIT que↑(1.5)j'crois qu'ils en sont
 15 restés à leur dire VOILA↓dans::(0.5)le suivi au service va se terminer au
 16 plus tard au plus tard euh: au changement de +médecin donc le premier &
 17 S +hoche la tête----- >

18 T &nombre↑(1.0) et et ils ils ont dit↑ on-on vous propose d'aller f-faire
19 une t-thérapie à la consultation des familles↓pis LA j'crois que la mère de
20 Pedro a dit↑ mais NOUS on n'a pas b'soin↑c'est pas nous l'problème
21 etcetera::↑ +(2.0)
22 +secoue la tête et la main latéralement
23 VOILA::↑
24 S °hm↓°
25 --->+
26 T donc(.)et=
27 S =+çA c'était en février↓
28 +lève l'indexe
29 T c'était +en février↓(3.0)
30 S + hoche très légèrement la tête et baisse le regard
31 T hhet=
32 S =il faut que tu reprennes de +là↓(.)
33 +signe de la main, indexe et pouce en rond

À la suite de signes de réflexion de la superviseure (longue pause de trois secondes après la réponse de la thérapeute, ligne 29 ; hochements de tête légers et regard baissé, ligne 30), celle-ci prescrit l'action à mener en regard des informations énoncées précédemment (*il faut que tu reprennes là ↓*, ligne 32). Le terme « là » fait référence au moment des derniers échanges entre la mère et les soignants. La superviseure précise le terme aussitôt (ligne 35) en chevauchement compétitif avec la thérapeute qui initie le développement de l'élaboration de l'intervention (*donc il faut que j'reprenne de LA en disant*, ligne 34). Les tours suivants sont significatifs d'une co-construction de l'action spécifique à mener auprès de la mère en recyclant tous les éléments abordés précédemment.

32 S =il faut que tu reprennes de +là↓(.)
33 +signe de la main, indexe et pouce en rond
34 T [donc faut qu'j'reprenne de LA en disant XX
35 S [nous on n'a pas un problème↑ et on veut pas la consultation des familles↓=
36 T =voilà↓[ouais ouais↓
37 S [t'as ces deux points
38 T pis j'peux dire que j'en ai discuté avec mes collègues↑+ce qui est quand&
39 S +nods
40 T &même vrai↑ [entre temps↑
41 S [+avec mes collègues j'ai BEAUCOUP réfléchi↓=
42 +pointe l'indexe et s'en saisit avec l'autre main
43 T =ouais=
44 S =j'ai beaucoup réfléchi avec Pedro↑
45 T +hm hm↓
46 +hoche la tête
47 S de(.) c-c'qui +serait le plus AIDANT↑(0.5)ET(.)JE vous propose↑(0.5)&
48 T +hoche la tête----->+
49 S & euh::(0.5)et vous↑ vous discuterez avec votre mari↑(0.2) euh: qu'on fasse&
50 de cette façon↓
51 T +hm hm↑
52 +hoche la tête
53 S qu'est-ce que vous en pensez↑ discutez↑ tenez moi [au courant↑
54 T [.hh OUI en disant que moi
55 j'vais continuer +de suivre Pedro↑
56 S + hoche fortement la tête ----- >>

La superviseure synthétise les éléments centraux (*t'as ce deux points*, ligne 37), et la thérapeute élabore ce qu'elle pourrait dire à la mère en utilisant du discours indirect (*pis j'peux dire que*, ligne 38). La superviseure reprend le tour en chevauchement compétitif (lignes 40-41) pour préciser exactement la formulation des interventions auprès de la mère. Elle recourt à une stratégie discursive du genre de la simulation puisque l'énoncé prend une forme de discours direct, comme si elle était la thérapeute qui s'adresse à la mère. Elle emploie la première

personne comme énonciateur (*mes collègues [...] j'ai beaucoup réfléchi*, ligne 41 et 44 ; *JE vous propose*, ligne 47, *tenez moi au courant*, ligne 53) et la deuxième personne en adressage directe à la mère (*je vous propose*, ligne 47 ; *vous † vous discutez avec votre mari*, ligne 49 ; *qu'est-ce que vous en pensez † discutez avec votre mari*, ligne 53). La thérapeute reprend la parole pour compléter l'élaboration des éléments de contenu de l'intervention auprès de la mère en alignement avec la proposition de la superviseure (*.hh OUI en disant que moi j'avais continuer de suivre Pedro*, lignes 54-55), ce que la superviseure ratifie par des hochements de tête prononcés.

Cet extrait présente l'activité conjointement menée d'élaboration de la prochaine intervention thérapeutique à mener. Les ressources interactionnelles mobilisées sont discursives (discours rapportés directs et indirects, rétrospectifs ou projectifs) et plus largement multimodales dans la co-construction de l'action qui devra être déployée par la thérapeute. En effet, la séquentialité des comportements verbaux et non-verbaux, tels que les enchaînements rapides, les chevauchements, les alignements topicaux, rendent manifestes les contributions respectives des interactants à l'activité. La définition de ce qui « devra être fait » se base sur des éléments concrets pertinents pour la situation et les objectifs visés. Le tandem peut ainsi insérer dans l'activité d'élaboration, une phase de renseignement ou de problématisation, tendant à ajuster l'action. Dans les données, le superviseur recourt souvent à la simulation pour « montrer » au thérapeute comment formuler l'action auprès du patient, pour rendre visibles les contenus à thématiser ainsi que pour indiquer les techniques de formulation de l'intervention.

5.2.6. La supervision comme une intrication d'activités

Les activités de supervision ont été identifiées par une analyse topicale de tout le corpus. Elles sont présentées succinctement et distinctement ci-dessus en délimitant les séquences pour rendre manifestes et explicites les phénomènes discursifs et interactionnels. Toutefois, la réalité des échanges, moment par moment, se révèle plus complexe et les phénomènes plus intriqués que la présentation isolée de chaque activité. Les activités de supervision s'enchaînent selon une logique propre à chaque production conjointe des tandems, dépassant une linéarité simple de séquences ordonnées chronologiquement. L'extrait suivant rend compte de la dynamique d'une supervision telle qu'elle se déroule dans la construction collaborative des interactants, enchaînant les activités de supervision et donnant à voir une distribution des rôles et des expertises spécifiques généralement attendus dans le cadre d'une supervision institutionnelle. Les séquences de supervision lors desquelles les rôles ou les expertises sont renégociées seront présentées au cours des chapitres suivants, dans le cadre des activités spécifiques au travail sur la relation thérapeutique.

L'extrait s'inscrit dans la phase terminale de la séance de supervision. La situation décrite par la thérapeute concerne la dernière séance thérapeutique qu'elle a menée avec son patient et ses deux parents. Le problème auquel elle a été confrontée concernait la préparation des vacances estivales car la famille ne parvenait pas à se mettre d'accord sur le projet, le patient voulant rester à son domicile et les parents exigeant qu'il vienne avec eux.

TE1_5 activités (44:58 - 49:40)

1 S d'accord↓ mais qu'est-ce que le père pense de pourquoi le fils résiste↓(2.0)
 2 T alors le père PEN:se que c'est parce que la mère veut pas qu'il fume des
 3 cigarettes à l'intérieur de la maison↓
 4 S d'accord↓ et il dit ça devant le fils↑
 5 T et il dit ça devant tout le monde↓
 6 S et t'as dit au père↑(.)demandez à votre fils(1.0)combien LUI il est d'accord
 7 avec ça↑
 8 T ALORS est-ce que(0.2) parce que c'est un:c'est le sujet constant depuis
 9 quatre cinq séances↑=

La superviseure se renseigne sur le contenu (*mais qu'est ce que le père pense* », ligne 1) et le processus des échanges (*et il dit ça devant le fils ↑*, ligne 4 ; *et t'as dit au père ↑*, ligne 6) en séance de thérapie. Elle recourt au questionnement après avoir validé, en début de tour de parole, les informations précédemment fournies par la thérapeute (*d'accord, mais*, ligne 1 ; *d'accord, et*, ligne 4). La thérapeute s'aligne à l'activité de renseigner le superviseur sur ce qui s'est passé lors de la séance. Elle répond à chaque question en écho, formulant ses énoncés en reprenant les termes employés par la superviseure (*le père pense que*, ligne 2 ; *il dit ça devant*, ligne 5). La troisième question de la superviseure est plus précise que les deux premières en ce qu'elle formule sa question comme un discours rapporté direct, simulant ce qu'elle imagine avoir pu être une intervention de la thérapeute auprès du père (*et t'as dit au père ↑demandez à votre fils combien lui est d'accord avec ça*, ligne 6-7). De plus, d'un intérêt sur le contenu des échanges, la superviseure décale le topic sur un aspect plus technique et processuel de l'échange. Cette question très précise au plan de la technique d'entretien ne produit pas de réponse spécifique de la part de la thérapeute, mais revient sur le contenu des entretiens thérapeutiques (*c'est un sujet constant depuis quatre cinq séances*, ligne 9). La superviseure enchaîne rapidement son tour de parole en insistant sur sa demande d'information technique en argumentant la raison de sa question :

10 S =mais tu fais du questionnement circulaire↑(0.2)parce qu'ils sont beaucoup à
 11 passer par TOI=
 12 T =à passer par MOI ouais↓
 13 S alors quand tu dis au père↑vérifiez avec votre fils[si c'est ça↓
 14 T [je leur fais des fois:
 15 euh:: OUI↓je leur dis [est-ce] que vous pouvez demander de: oui↓[ça]&
 16 S [°d'accord↓] [ouais↓]
 17 T &[m'arrive↓ pis ils sont
 18 S [parce que LA t'as un SUJET↑=
 19 T =ouais↓=
 20 S où il FAUT↓ que ET eux ET lui↑ puissent se dire pourquoi il veut pas
 21 aller↓(1.0)qu'il se positionne↑parce qu'il résiste↓(1.0)ALORS on peut
 22 renforcer cette résistance en se disant il s'autonomise↑(2.0)+pourquoi&
 23 T +hoche
 24 légèrement la tête
 25 S &pas↑(1.0)mais(0.2) il faut qu'il se positionne↑
 26 T °hm hm↓°

La question technique de la superviseure est formulée très précisément en recourant au terme spécifique (*questionnement circulaire*, ligne 10). Elle étaye la raison de cette question par une assertion évaluative des comportements de la famille qui reprend des informations dispensées auparavant par la thérapeute (hors transcription) (*ils sont beaucoup à passer par toi*, lignes 10-11). En écho et validant l'évaluation de la superviseure, la thérapeute s'aligne sur la proposition de renseigner la dimension technique des échanges avec la famille (lignes 14-17). En même temps, la superviseure valide le développement du topic par la thérapeute, en chevauchement

du tour de parole (ligne 16) ; elle interrompt pourtant cette dernière en reprenant son tour (ligne 18), puis revient au topic premier annoncé en ligne 1 qui concerne la résistance du fils à la volonté des parents de les suivre en vacances. Elle formule une recommandation forte de ce que la thérapeute doit mener comme intervention auprès de cette famille (*il faut que*, ligne 20). Le verbe *falloir* est marqué par une accentuation vocale. Ce tour de parole manifeste un virage dans l'activité menée par le tandem. En effet, des lignes 1 à 17, l'activité consiste à renseigner la situation clinique afin que la superviseure se représente les interactions en thérapie. Dès la ligne 18, la superviseure initie l'activité d'enseignement en expliquant à la thérapeute l'enjeu de l'autonomisation du patient dans le processus thérapeutique. La thérapeute s'ajuste au changement d'activité en produisant des continuateurs verbaux (*ouais* ↓, ligne 19), comportementaux (hochement de tête, ligne 23) et vocaux (*hm hm* ↓, ligne 26) qui soutiennent le développement topical et pédagogique de la superviseure. S'ouvre ensuite une activité de problématisation, initiée par la superviseure (lignes 27- 32). Elle propose une alternative à la proposition précédente en envisageant la résistance du patient comme un évitement de la tristesse. Une transition s'opère alors par un recyclage du thème de l'explicitation des implicites dans la famille (*faut que ce soit dit* ↓, ligne 34). La thérapeute signifie dans cet énoncé qu'elle fait le lien entre les aspects techniques de l'entretien de famille et la problématique du patient. La superviseure s'aligne sur cette assertion en prolongeant l'énoncé de la thérapeute dans une continuité syntaxique (ligne 35).

27 S OUI s'il résiste parce qu'il veut pas aller à la tombe de la grand-mère(1.0)
 28 que ça sera une tristesse INOUIË pour cette maman qui a perdu-c'est la maman
 29 qui a [perdu la mère↓
 30 T [c'est le +papa↓
 31 S +hoche la tête
 32 et que ce sera triste là-bas et qu'il veut pas être exposé cette tristesse↑
 33 on peut entendre mais il faut que ce soit dit=
 34 T =faut que ce soit dit↓ouais↓
 35 S s'il veut [pas parce que il a peur que
 36 T [il dit(1.0) il dit clairement les choses hein
 37 S OUI
 38 T il dit [clairement↑
 39 S [il dit que c'est quoi=
 40 T =il dit qu'il veut pas↑parce qu'en fait la demande de la mère c'est:(0.2)TU
 41 dois venir avec nous en Espagne↓(0.5)déjà parce que t'es pas capable de
 42 rester là tout seul↑ce qui est +peut-être un[argument qui est peu réaliste&
 43 S + hoche la tête
 44 [d'accord↑ ouais↑ ouais↑
 45 T &mais vrai↑(2.0)

La thérapeute interrompt alors la superviseure pour clarifier le fait que le patient signifie clairement les raisons de son refus d'aller en vacances avec ses parents (ligne 36). La superviseure interroge pour obtenir plus d'informations (*il dit que c'est quoi* ↑, ligne 39). L'activité de renseignement reprend à partir de ce moment-là, apportant des informations supplémentaires utiles à la problématisation amorcée précédemment. L'hypothèse de l'évitement de la tristesse est invalidée mais une nouvelle information permet à la superviseure de proposer des interventions à adresser aux parents, glissant dans l'activité de préparation à la prochaine action thérapeutique.

46 mais l'autre argument c'est↑(1.0)euh: j'peux pas rester seule avec les trois
 47 +enfants↑
 48 S +hoche la tête fortement----->
 49 T les trois petits enfants↑ donc il faut que tu viennes↑ tu dois t'occuper
 50 d'eux deux heures par jours↑parce que↑je suis pas en état de m'occuper

51 d'eux↓(2.0)
52 S d'accord↓
53 T elle l'a dit devant MOI↑ elle l'a verbalisé à mon patient↑ qui dit
54 clairement↑ je ne peux PAS↑ je ne suis pas APTE ça m'angoisse TROP↑ devoir
55 gérer trois enfant↑ [à la plage↓
56 S [d'accord↓ d'accord↓
57 ----->+
58 +madame↑monsieur↑euh: comment vous allez faire↓(1.0)il peut pas faire la
59 +pointage du doigt à gauche et à droite
60 nounou↑ est ce qu'il y a des solutions sur place↓(1.0)est-ce que vous pouvez
61 payer quelqu'un sur place↓(0.2)qui fera ça↓ qui pourra vous dégager↑ une
62 demie journée ou deux trois heures par jour↑ de cette responsabilité- tu
63 vois on +prend la balle au bond=
64 +mouvement des bras et du corps
65 T =hm hm↓=

La superviseure simule un entretien avec les parents en formulant ses énoncés comme si elle était la thérapeute qui s'adresse aux parents du patient. Elle utilise la deuxième personne du pluriel et commence son tour directement par un discours direct (*madame ↑monsieur ↑ euh : comment allez vous faire ↑*, ligne 58). Elle ajoute à son énoncé des gestes de pointage, désignant virtuellement la présence des personnes (ligne 59). Elle commente techniquement sa démonstration pour clore son tour. Cette séquence, qui se prolonge jusqu'à la ligne 75, semble hybride, entre une activité d'enseignement et d'élaboration de l'intervention future. La thérapeute initie ensuite une activité d'évaluation de ses actions en les comparant avec les propositions de la superviseure (ligne 75).

66 S =*lui il dit non↑ mais EUX ils ont besoin d'une solution↓(1.0) pour le &
67 T *écrit dans son dossier ----->
68 S &moment c'est que lui la solution↑ alors allons dans ce sens↑(0.2)pour↑(0.2)
69 trouver une AUTRE solution↓ +(2.0)
70 T ----->* +hoche la tête
71 S et en Espagne je pense qu'on peut facilement trouver quelqu'un qui fera ça à
72 la PLAGE(2.0)
73 T °biensûr°
74 S de dire↑ dégagez le de cette responsabilité↑
75 T hm hm↑(2.0)alors j'l'ai p-[euh je-je l'ai pas fait comme ça↓ mais j'ai dit↑&
76 S [tu vois↑comme ça↑
77 T &MOI↑ ce que j'entends LA par exemple↑en essayant de- parcequ- madame↑quand
78 son fils dit ça↑ elle dit↑ >oui oui mais bon: euh t'es pas capable de
79 rester à Genève seul↓< donc elle va- comme si elle voulait pas non plus
80 entendre↑
81 S °ouais°

La thérapeute énonce avoir fait différemment que ce que suggère la superviseure (*alors j'l'ai p-[euh je-je l'ai pas fait comme ça ↓ mais j'ai dit ↑*, ligne 75). Cet énoncé présente des signes de réparation (truncation, répétition) qui signalent des enjeux relationnels du désalignement. Elle justifie la pertinence d'être intervenue autrement en détaillant ce que la mère répond à son fils. Elle utilise le discours rapporté direct (*quand son fils dit ça ↑ elle dit ↑ oui oui mais bon: euh t'es pas capable*, ligne 78), puis formule un commentaire évaluatif en synthèse.

Cet extrait présente la complexité du travail en supervision, au sein duquel les activités s'enchaînent dans une organisation qui tend à donner du sens à la situation clinique, aux actions menées et à celles qui devront être conduites par le thérapeute dans un proche avenir. Superviseurs et thérapeutes contribuent au développement des topics en apportant, tours après tours, les connaissances respectives nécessaires à la compréhension partagée de la situation clinique et des processus thérapeutiques en cours et à venir. Les savoirs expérientiels,

théoriques et pratiques sont convoqués et sollicités dans une négociation permanente des activités menées.

Dans notre processus analytique, comprendre le travail sur la relation thérapeutique en supervision s'est fait en observant les séances dans leur globalité afin de pouvoir rendre de compte de l'environnement interactionnel dans lequel se situe ce travail. Après avoir décrit les différentes formes de supervision et les activités telles qu'elles sont conduites par les tandems et observées dans l'ensemble du corpus, nous nous penchons maintenant sur la collection spécifique de nos données qui permettra de décrire la manière dont les tandems abordent la relation thérapeutique en supervision.

5.3. Le travail sur la relation thérapeutique dans l'entretien de supervision

Pour décrire les séquences retenues pour notre collection de données, nous décrivons dans un premier temps le statut du travail sur la relation thérapeutique dans les séances de supervision, pour chaque tandem et de manière comparative. Dans un deuxième temps, nous retraçons l'émergence de ce travail dans le cours des interactions, afin de le situer dans la cohérence globale des activités de supervision.

5.3.1. Description de la collection spécifique

Pour rappel, le repérage du travail sur la relation thérapeutique s'est effectué grâce à l'analyse topicale du corpus. Nous avons retenu les parties de supervision dont le thème de l'échange concerne la relation liant le thérapeute à son patient. Les critères lexicaux simples, tels que « relation », « lien », « alliance », « confiance », « confrontation » ont constitué la première sélection. D'autres plus complexes, tels les verbes qui mettent en scène thérapeutes et patients ont permis de compléter la collection : « ressentir une émotion à l'égard du patient », « fermer les portes », « voir l'autre comme », « s'épuiser », « faire le paravent », etc. Ces différents critères sont plus détaillés dans le chapitre méthodologique. La collection des séquences retenues pour notre analyse présente une diversité d'organisation et de durée. Tous les tandems abordent la question de la relation thérapeutique mais pas de manière systématique dans chaque séance de supervision. Ce thème peut être clairement thématiqué autour d'une question précise de la part du thérapeute ou émerger des interactions.

Sur l'ensemble de la collection, en moyenne 27,3% du temps de supervision est consacré au travail sur la relation thérapeutique. Le tandem A travaille la relation thérapeutique durant presque la moitié du temps de supervision, les tandems D et E à peu près un tiers de son temps, alors que deux autres tandems (B et C) lui consacrent environ 20% de leur échange, et le tandem F près de 10 % de son temps.

Tableau 8: Collection de séquences de travail sur la relation thérapeutique (WRT)

Tandems	Nombre de séances	Temps total supervision	Temps total de WRT	% WRT
Tandem A	6	05:10:00	02:48:54	54,5%
Tandem B	6	05:34:00	01:00:36	18,1%
Tandem C	6	03:41:00	00:39:27	17,9%
Tandem D	6	03:12:00	01:07:17	35,0%
Tandem E	6	05:17:00	01:32:09	29,1%
Tandem F	5	05:10:00	00:28:04	9,1%
Moyenne		04:40:40	01:16:05	27,3%
Total		28:04:00	05:23:00	

Les formes de supervision ne semblent pas déterminer le travail sur la relation thérapeutique. En effet, les tandems A, C et F, par exemple, se déroulent sous forme de revue de cas multiples ; ils y consacrent pourtant un pourcentage de temps très différents, A et F se situant aux extrêmes du continuum de nos données. Concernant le type d'approche thérapeutique, il n'est pas possible d'identifier de réelles différences quant au travail sur la relation, le nombre de tandems étant trop faible pour ce genre d'analyse. Toutefois, il est intéressant de relever qu'aucune des approches ne se différencie des autres du point de vue de l'attention portée à la relation thérapeutique.

Du point de vue des superviseurs, rappelons que les tandems B et E sont conduits par un même superviseur, tout comme les tandems C et D. On ne relève pas une très grande différence du pourcentage de temps accordé à la relation thérapeutique par le premier superviseur, alors qu'il existe une différence significative entre les deux tandems du deuxième superviseur (respectivement 17,9% et 35,0%). Cela peut être lié au thérapeute lui-même. Dans ce cas, l'hypothèse que les superviseurs adaptent le temps d'attention à la relation thérapeutique serait intéressante à approfondir dans une autre étude, les données du présent corpus ne permettant pas une analyse fine de cette hypothèse. Il ressort néanmoins que les profils des thérapeutes supervisés sont hétérogènes du point de vue du nombre d'années d'expérience de la psychothérapie et de formation. Cette description brève de la collection présente une photographie de nos données sans prétention de généralisation du phénomène au-delà du présent corpus.

5.3.2. Focalisation ou emboîtement

Les séquences de supervision qui concernent le travail sur la relation thérapeutique sont placées dans les supervisions en fonction de leur statut topical ; soit ce travail constitue le focus principal de l'interaction et est explicitement thématiqué par le tandem, soit il émerge de l'échange et requiert une négociation pour que lui soit reconnu une légitimité dans l'interaction de supervision.

5.3.2.1. Travail sur la relation thérapeutique focalisé

Lorsque les séquences se déploient durant toute la durée de la supervision ou durant le temps imparti à un patient particulier, le travail sur la relation thérapeutique du tandem est menée

autour de ce noyau thématique central ; d'autres activités de supervision peuvent s'imbriquer temporairement dans ces séquences, telles que le fait de renseigner la situation clinique du patient, enseigner/apprendre des nouveaux savoirs, problématiser la situation clinique, évaluer les actions professionnelles ou déterminer les interventions suivantes. Les ouvertures sont agies par le thérapeute, qui formule une question sur le thème de la relation thérapeutique, et le superviseur s'aligne rapidement sur la proposition thématique, validant l'activité proposée. Nous appellerons ce type de séquence le « travail sur la relation thérapeutique focalisé » (WRT focalisé).

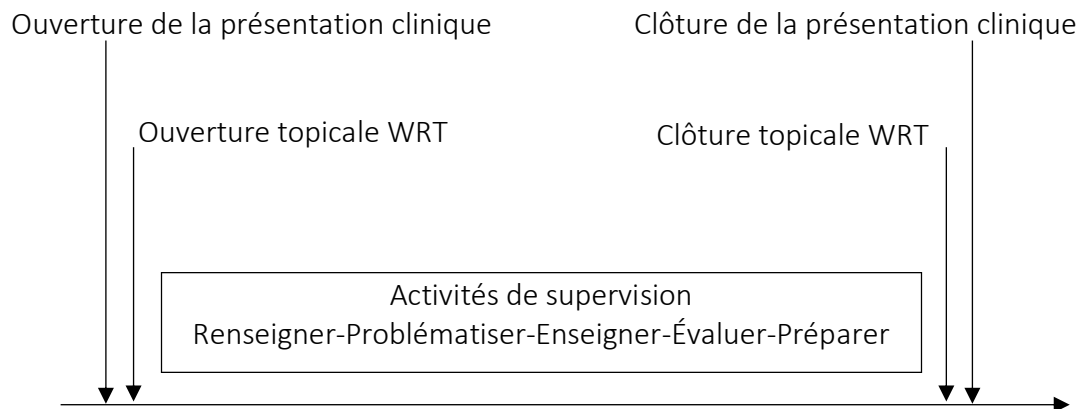


Figure 4: Travail sur la relation thérapeutique focalisé

L'extrait suivant présente l'ouverture d'une séquence focalisée. Il débute après une longue séquence d'ouverture de supervision, lors de laquelle le tandem règle un problème administratif. Une transition topicale rapide s'ouvre alors, initiée par le thérapeute.

TD3 (04:54 – 06:15)

1 T c'est mon objectif pour deux mille dix sept deux milles dix huit↓(2.0)+bref↓
2 +baisse
3 les yeux
4 +euhm::(1.0)alors↓ y a une PATIENTE dont j'voudrais te parler aujourd'hui↑
5 +ouvre ses dossiers posés sur les genoux et consulte les pages
6 (inaud)c'est une patiente qui est venue en tardmed qui nous
7 est adressée par l'extérieur: qui a été adressée +pa:r la doctoresse Tovi↑(0.5)
8 +consulte ses dossiers posés
9 sur les genoux----->
10 S hm hm↑
11 T (inaud)j'verifie juste ça↑(0.5)au début d'l'année(1.0)et puis la doctoresse
12 Tovi m'la adressée↑(2.0)et puis:↑ l- le thème que j'veux aborder aujourd'hui
13 c'est vraiment↑(0.5)c'est une PATIENTE dont je:je j'ai beaucoup de DOUTES↑ ou
14 j'me MEFIE beaucoup si tu veux↓
15 S hm +hm↓
16 + hoche la tête de façon prononcée
17 T et puis:↑ c'qui est DROLE↑ c'est que pourquoi j't'en parle aujourd'hui↑ parce
18 que::+parce que j'la vois depuis longtemps mais du coup↑ c'était ab-j-j-j'me&
19 S +hausse les sourcils et hoche de la tête
20 T & posais beaucoup d'questions sur c'qu'elle me disait:: la véracité etcetera↑
21 S hm hm↑
22 T et BERNADETTE(0.2)y a deux semaines me dit mais écoute↑j'ai pas du tout
23 confiance en elle↓
24 S hm
25 T pis j'ai: Bernadette↑ elle a des bonnes intuitions en général↑ et j'aime bien
26 écouter c'qu'elle dit et j'me suis dit bon↑(0.5)tu vois↑j'me rends compte
27 qu'elle est en train d'me révéler quelque chose que moi +aussi j'ressens et&

28 S +hausse les sourcils
 29 et hoche fortement la tête plusieurs fois
 30 T &qui M'QUESTIONNE beaucoup et du coup c'est vraiment de(.) voilà↓(.) comment
 31 est-ce qu'on gère ça si on peut gérer dans la relation↑ est-ce qu'on laisse
 32 passer ou pas↑(0.2)+du coup c'est un p'tit peu l'thème aujourd'hui↓(0.5)ALORS
 33 +consulte ses dossiers
 34 cette patiente elle a QUARANTE-trois ans:: c'est une patiente elle est d'origine
 35 brésilienne↑ elle est mariée à un homme de cinq-sept ans↑=
 36 S =hm hm↑

L'analyse topicale de l'extrait montre un changement typique de thème avec un nouveau sujet proposé (ligne 4), suite à un épuisement topical dans les tours précédents (lignes 1-4) et un alignement du superviseur qui signifie son intérêt par une relance (*hm hm ↑*, ligne 10). Le thérapeute débute le nouveau topic en utilisant un marqueur discursif (*alors ↓*, ligne 4) qui souligne la transition d'avec le topic précédent. Il initie la séquence en annonçant la patiente dont il sera question et le médecin qui l'a adressée. Aussitôt, le thérapeute explicite ce qui sera le thème du jour (*le thème que j'veux aborder aujourd'hui*, ligne 12) en lui conférant un statut particulier par l'usage d'un marqueur discursif (*c'est vraiment ↑*, ligne 13) et d'une pause. La présentation de la question clinique que le thérapeute se pose prend quelques minutes car il l'effectue en trois temps : le ressenti personnel du thérapeute à l'égard de la patiente (lignes 12-14), une argumentation du bien-fondé de ce ressenti (lignes 16-27) et la question spécifique de la gestion de ce ressenti dans la relation thérapeutique (lignes 30-32). Les lignes suivantes constituent la pré-clôture topicale et la transition vers le développement de l'activité de renseignement clinique.

La relation thérapeutique est thématisée dans un premier temps par l'énonciation de l'état affectif du thérapeute à l'égard de la patiente (*j'ai beaucoup de DOUTES↑ ou j'me MEFIE beaucoup si tu veux ↓*, lignes 13, 14). Les termes significatifs de cet état sont énoncés avec emphase et sont liés à la patiente, terme également prononcé avec une accentuation. Le superviseur encourage le développement du discours par des continueurs vocaux (*hm hm ↓*, ligne 15), renforcés par un hochement de tête prononcé (ligne 16). Le thérapeute continue alors son propos en ouvrant la deuxième phase. Il recourt au marqueur discursif de liaison (*et puis ↑*, ligne 17) prononcé avec une intonation montante qui signifie une suite, et aussitôt un commentaire méta-discursif (*c'est qui est DROLE c'est pourquoi je t'en parle aujourd'hui ↑*, ligne 17) qui annonce une partie argumentative. Les tours de parole du superviseur montrent d'ailleurs une progression dans les signes d'affiliation (adoption d'une posture affective similaire à celle du locuteur. En effet, il hausse les sourcils et hoche de la tête (ligne 19) et, après quelques continueurs vocaux discrets (lignes 21 et 24), il manifeste le même comportement mais de manière plus accentuée (lignes 28 et 29). La séquentialité de ces comportements montre une augmentation des signes d'accord du superviseur à la posture prise par le thérapeute.

17 T et puis:↑ c'est qui est DROLE↑ c'est que pourquoi j't'en parle aujourd'hui↑ parce
 18 que::+parce que j'la vois depuis longtemps mais du coup↑ c'était ab-j-j-j'me&
 19 S +hausse les sourcils et hoche de la tête
 20 T & posais beaucoup d'questions sur c'qu'elle me disait:: la véracité etcetera↑
 21 S hm hm↑
 22 T et BERNADETTE(0.2)y a deux semaines me dit mais écoute↑j'ai pas du tout
 23 confiance en elle↓
 24 S hm
 25 T pis j'ai: Bernadette↑ elle a des bonnes intuitions en général↑ et j'aime bien
 26 écouter c'qu'elle dit et j'me suis dit bon↑(0.5)tu vois↑j'me rends compte
 27 qu'elle est en train d'me révéler quelque chose que moi +aussi j'ressens et&
 28 S +hausse les sourcils
 29 et nods fortement plusieurs fois
 30 T &qui M'QUESTIONNE beaucoup

Le thérapeute déploie un argumentaire basé sur une similarité de posture d'une autre thérapeute (Bernadette) qui présenterait, elle aussi, un manque de confiance envers la patiente (*elle est en train d'me révéler quelque chose que moi aussi j'ressens*, ligne 27). Pour relater cette posture, le thérapeute utilise le discours rapporté direct, donnant à son récit une certaine réalité à laquelle le superviseur peut ainsi accéder (*et BERNADETTE (0.2) y a deux semaines me dit mais écoute ↑j'ai pas du tout confiance en elle ↓*, ligne 22-23).

Une autre fonction de l'argumentation peut être envisagée comme moyen de persuasion (Doury, 2016). Selon l'auteure, le locuteur « chercher à agir sur les attitudes de l'interlocuteur, [l'argumentation visant] à amener [l'interlocuteur] à adhérer à une thèse ou à mettre en œuvre une ligne d'action spécifique. [...] On peut considérer l'effort de persuasion comme une tentative d'alignement des discours : persuader l'autre, ce serait l'amener à tenir le même discours que soi » (p. 21). La forme de l'argumentation du thérapeute présente ainsi les ingrédients qui la rendent plus « robuste » à la contestation. Le thérapeute justifie le bien-fondé de ses doutes et de sa méfiance par la posture de Bernadette, en cohérence avec la sienne. Le thérapeute dit s'être posé beaucoup de questions à propos de ce que la patiente lui disait (ligne 20), ce à quoi Bernadette semble s'affilier (ligne 22-25) et qui constitue une référence pour le thérapeute (lignes 25-30). La conclusion argumentative du thérapeute est ensuite formulée (*et du coup c'est vraiment de(.) voilà ↓(.)*, ligne 30) sous forme de question clinique légitime (*comment est-ce qu'on gère ça si on peut gérer dans la relation ↑ est-ce qu'on laisse passer ou pas ↑*, lignes 30-32).

30 T &qui M'QUESTIONNE beaucoup et du coup c'est vraiment de(.) voilà ↓(.) comment
 31 est-ce qu'on gère ça si on peut gérer dans la relation ↑ est-ce qu'on laisse
 32 passer ou pas ↑ (0.2) +du coup c'est un p'tit peu l'thème aujourd'hui ↓ (0.5) ALORS
 33 +consulte ses dossiers
 34 cette patiente elle a QUARANTE-trois ans:: c'est une patiente elle est d'origine
 35 brésilienne ↑ elle est mariée à un homme de cinq-sept ans ↑ =
 36 S =hm hm ↑

Ce questionnement clinique centré sur sa relation au patient constitue la troisième phase de l'entrée dans le travail sur la relation thérapeutique focalisé. La suite de la séquence, non transcrite ici, se déploie dans une articulation forte entre les émotions décrites par le thérapeute dans sa relation à la patiente (doute, méfiance) et sa propre histoire personnelle qui font écho dans la situation clinique. Dans cet extrait, une activité de renseignement est déployée en filigrane du développement topical. Dans les lignes 6 à 12, le thérapeute informe le superviseur de quelques éléments administratifs concernant la patiente annoncée, avant de formuler son vécu affectif la concernant. Durant la phase d'argumentation, le thérapeute renseigne également des faits survenus dans les interactions entre sa collègue et lui-même (par des discours rapportés directs) ainsi que de sa réflexion (par des pensées rapportées) à différents moments de son tour de parole (*j'me posais beaucoup de question sur*, lignes 18-20 ; *j'me suis dit bon ↑ [...] j'me rends compte*, ligne 26 ; *quelque chose [...] qui m' QUESTIONNE beaucoup*, ligne 30). La fin de l'extrait donne à voir une transition topicale qui ouvre l'activité de renseignement sur l'histoire de la patiente.

Cet extrait présente de manière emblématique les séquences de la collection qui abordent la relation thérapeutique de manière directe et centrale dans la supervision. Sa particularité réside dans le fait que c'est le thérapeute qui topicalise sa relation au patient. Dans cet extrait, le thérapeute thématise sa relation au patient du point de vue de son vécu, de son état affectif dans un premier temps. Ensuite, de manière plus théorique dans la formulation de la question de supervision, il pose une question directe au superviseur sur les stratégies de gestion de ces

émotions dans la relation thérapeutique. Nous verrons dans les chapitres ultérieurs que les émotions peuvent être explicitement nommées dans les échanges, comme dans cet extrait, mais aussi être communiquées de manière multimodale et se donner à voir dans l'interaction sans verbalisation concomitante. Dans notre collection, le travail sur la relation thérapeutique focalisé peut également être initié de manière moins directe que dans le premier extrait. La topicalisation est proposée par le thérapeute mais avec une dynamique de co-construction plus forte avec le superviseur et avec un contenu de discours centré sur la relation thérapeute - patient davantage que sur les émotions de ce dernier.

L'extrait suivant présente une telle séquence. Il s'inscrit dans la continuité du déroulement de la supervision après un enchaînement de plusieurs autres situations présentées au superviseur, et il se situe au début de la présentation clinique d'une patiente. L'analyse topicale de la séquence entière permet d'identifier plusieurs phases qui sont liées, chacune d'elles initiée par la thérapeute. Nous présentons ci-dessous la première partie qui consiste en l'ouverture où la thérapeute annonce la patiente dont il sera question (lignes 1-4), puis le topic central qui est sa relation avec la patiente (lignes 4-23) et finalement la question qu'elle souhaite développer en supervision (lignes 26-27). La fin de l'extrait montre la transition topicale opérée par la thérapeute qui initie une phase de renseignement des éléments pertinents pour problématiser le thème précédemment annoncé (lignes 29-44).

TA1 (42:34-44:16)

1 T manipule des dossiers posés par terre, empoigne l'un d'eux et le pose
 2 sur ses genoux
 3 Madame Passi↓(1.0) ALORS↑(2.0) avec ELLE↑ j'ose assez(.) alors(.) j'pense
 4 que j'lui rentre quand même bien dans l'cadre((rit)) [(inaud)
 5 S [ah hhh avec elle t'a
 6 pas peur↓hein↑
 7 T mais(.) c'est parce que c'est c'est une autre dynamique[euh]relationnelle↑ &
 8 S [hm hm↑]
 9 T & mais y a aussi↑(0.2)euh(0.2)un pas en avant deux pas en arrière↓=
 10 S =hm hm↓
 11 T et: et LÀ↑ euh(.) il me semble qu'on était arrivées à un stade où ça fait:↑
 12 une année↑(2.0)
 13 S que tu la suis↑
 14 T euh une année et demie(0.5)
 15 S oui↑
 16 T oui↑une année et demi↑
 17 S oui↓
 18 T que j'la suis↑(0.5) et pis euh:(2.0)j'pense↑ qu'elle a quand même fait des
 19 petits progrès↓
 20 S hm [hm↑
 21 T [euh mais elle est TOUJOURS dans sa stratégie principale qui est
 22 l'évitement
 23 S hm +hm↓
 24 +écrit sur sa feuille ----->
 25 T et pis là↑ euh:(3.0) et y- y a quelque chose de nouveau qu'est en train d'se
 26 jouer et: j'arrive pas encore à mettre le doigt tout à fait sur c'que c'est↑
 27 S hm hm↑
 28 T mais(.) bein +tu vois là elle a comm-elle a fait le groupe sur la gestion
 29 S -----> + hoche la tête
 30 T des émotions↑ elle a fait jusqu'à la séance quinze↑(0.5) elle a arrêté↑
 31 (1.5)en disant qu'voilà t'sais↑ [on essaye de trouver une solution &
 32 S [+ouais↓
 33 + hoche la tête----->
 34 & intermédiaire en disant qu'elle peut absolument pas louper l'cours↑(0.2)
 35 mais bon↓ quand j'l'ai revue↑ euh elle était restée:↑t'sais↑sa grand-mère
 36 est malade↓ [elle était restée chez sa grand-mère elle avait pu louper &

37 S [ouais↓
38 T & l'cours donc tu vois↑ [donc j'pense qu' y a aussi↑ qu'c'était un petit&
39 S [ouais↓=
40 T &peu des excuses qu'elle aurait pu trouver un arrangement
41 S j'pense qu'y avait aussi cette euh: cette rupture de relation qui avait aidé
42 de:=
43 T =d'avec Jeremy aussi↑=
44 S hm↓

La thérapeute annonce la patiente dont il sera question et le thème spécifique qui concerne la capacité de confronter les patients dans leurs fonctionnements psychologiques et relationnels (*je lui rentre quand-même bien dans le cadre*, ligne 4). L'usage des expressions « ALORS avec ELLE » et « quand-même » renvoie au fait que ce thème a été traité dans une autre séquence de la séance de supervision, à propos d'une autre patiente avec qui la confrontation constituait une difficulté pour la thérapeute. La superviseure s'aligne aussitôt à cette référence au travail sur la relation thérapeutique, confirmant le topic proposé mais s'affiliant également au ton amusé de la thérapeute (lignes 5-6) en initiant son tour par une prosodie qui met de l'emphase à son évaluation de la posture de la thérapeute. La superviseure ajoute toutefois la dimension émotionnelle (*avec elle t'a pas peur hein ↑*, ligne 6) indiquant sa compréhension du thème proposé (la relation thérapeutique) mais en élargissant également le périmètre des enjeux de cette relation (les émotions dans la relation).

5 S [ah hhh avec elle t'as
6 pas peur↓hein↑
7 T mais(.)c'est parce que c'est c'est une autre dynamique[euh]relationnelle↑ &
8 S [hm hm↑]
9 T & mais y a aussi↑(0.2)euh(0.2)un pas en avant deux pas en arrière↓=
10 S =hm hm↓

La thérapeute justifie cette différence de posture dans la relation avec cette patiente, comparée à la situation précédente évoquée (*mais (.) c'est parce que c'est c'est une autre dynamique euh relationnelle*, ligne 7). Elle thématise clairement les enjeux de la relation en utilisant les termes « dynamique relationnelle », signifiant son alignement topical. La thérapeute ouvre ensuite une activité de problématisation (lignes 11 à 22), dans laquelle elle insère une courte phase de renseignement sur la durée du suivi clinique (lignes 11-18). La superviseure se positionne dans l'interaction en soutien au développement topical de la thérapeute et produit des continuateurs (*hm hm ↓*, lignes 10, 20, 24, 28) en chevauchement ou en enchaînement rapide des tours, n'interrompant pas le récit de la thérapeute. Elle propose des relances en complétion syntaxique (lignes 13) ou en validation des énoncés de la thérapeute (lignes 15 et 17). Lorsque la thérapeute énonce ce qui est sa définition de la problématique de la patiente dans la relation thérapeutique (*elle est TOUJOURS dans sa stratégie principale qui est l'évitement*, lignes 21-22), elle formule une évaluation du fonctionnement relationnel actuel de la patiente, malgré une évolution (*un pas en avant deux pas en arrière ↓*, ligne 9 ; *de petits progrès*, ligne 19). La superviseure prend des notes après l'évaluation clinique de la thérapeute et durant une longue période (lignes 24-29). Ce comportement peut être envisagé comme un encouragement à l'explicitation, car la thérapeute reprend son tour après une longue pause de trois secondes (ligne 25) sans que la superviseure ne prenne son tour.

11 T et: et LA↑ euh(.)il me semble qu'on était arrivées à un stade où ça fait:↑
12 une année↑(2.0)
13 S que tu la suis↑
14 T euh une année et demie(0.5)

15 S oui↑
16 T oui↑une année et demi↑
17 S oui↓
18 T que j'la suis↑(0.5) et pis euh:(2.0)j'pense↑ qu'elle a quand même fait des
19 petits progrès↓
20 S hm [hm↑
21 T [euh mais elle est TOUJOURS dans sa stratégie principale qui est
22 l'évitement
23 S hm +hm↓
24 +écrit sur sa feuille ----->
25 T et pis là↑ euh:(3.0) et y- y a quelque chose de nouveau qu'est en train d'se
26 jouer et: j'arrive pas encore à mettre le doigt tout à fait sur c'que c'est↑
27 S hm hm↑
28 T mais(.)bein +tu vois là elle a comm-elle a fait le groupe sur la gestion
29 S -----> + hoche la tête

L'énoncé suivant, « *et y- y a quelque chose de nouveau qu'est en train d'se jouer et : j'arrive pas encore à mettre le doigt tout à fait sur c'que c'est* » (lignes 25-26), présente l'énigme que la thérapeute cherche à résoudre et la question initiale de la séquence du WRT. Cet énoncé est introduit par un marqueur discursif annonciateur d'une transition topicale (*et pis là ↑ euh;*, ligne 25) qui reprend en fait, en écho, un énoncé précédent qui a été interrompu concernant ce qui se passe actuellement dans la thérapie (*et: et LA ↑ euh(.)il me semble qu'on était arrivées à un stade où*, ligne 11). Le superviseur manifeste son intérêt pour le développement de cette question par un continuateur en intonation montante (*hm hm ↑*, ligne 27), ce qui permet au thérapeute de développer son propos. Il s'ensuit le déploiement d'une longue séquence de renseignement sur les derniers événements survenus pour la patiente, soutenu par des hochements de tête de la part de la superviseuse et des marqueurs discursifs de validation (*ouais ↓*, lignes 32,37,39). La superviseuse contribue activement au développement du topic en ajoutant des éléments de compréhension qu'elle recycle d'une autre séance de supervision. L'enchaînement des tours 41 et 43 manifeste la co-construction du topic par un enchaînement rapide des tours et un énoncé de la thérapeute qui complète syntaxiquement l'énoncé de la superviseuse.

28 T mais(.)bein +tu vois là elle a comm-elle a fait le groupe sur la gestion
29 S -----> + hoche la tête
30 T des émotions↑ elle a fait jusqu'à la séance quinze↑(0.5) elle a arrêté↑
31 (1.5)en disant qu'voilà t'sais↑ [on essaye de trouver une solution &
32 S [+ouais↓
33 +hoche la tête----->
34 & intermédiaire en disant qu'elle peut absolument pas louper l'cours↑(0.2)
35 mais bon↓ quand j'l'ai revue↑ euh elle était restée:↑t'sais↑sa grand-mère
36 est malade↓ [elle était restée chez sa grand-mère elle avait pu louper &
37 S [ouais↓
38 T & l'cours donc tu vois↑ [donc j'pense qu' y a aussi↑ qu'c'était un petit&
39 S [ouais↓
40 T &peu des excuses qu'elle aurait pu trouver un arrangement
41 S j'pense qu'y avait aussi cette euh: cette rupture de relation qui avait aidé
42 de:=
43 T =d'avec Jeremy aussi↑=
44 S hm↓

La suite de la séquence, non transcrite ici, se déploie sur le thème proposé par la thérapeute, c'est-à-dire la problématisation du comportement évitant de la patiente et l'identification des stratégies de confrontation à mobiliser dans les séances thérapeutiques. Ainsi, plusieurs activités de supervision sont conduites par le tandem sur le topic central de la relation thérapeutique. Malgré l'énonciation par la superviseuse de la peur, comme émotion pouvant

être vécue par la thérapeute dans les situations de confrontation, la dimension affective du thérapeute ne constitue pas un angle de travail dans cette séquence.

Ces deux extraits de WRT focalisé présentent des traits typiques du genre :

- la thématization de la relation patient-thérapeute par la mise en exergue d'une dynamique relationnelle ;
- la présence d'éléments affectifs du thérapeute dans le contenu des échanges
- le topic central proposé par le thérapeute ;
- un alignement rapide du superviseur au topic central.

5.3.2.2. Travail sur la relation thérapeutique emboîté

Lorsque le thème central de l'interaction concerne la situation clinique du patient, la relation thérapeutique peut être le focus momentané du tandem, émergeant temporairement dans l'échange. La séquence WRT est alors insérée dans une autre activité de supervision, celle de renseigner ou de problématiser la situation clinique. La situation emboîtée de ces séquences détermine l'émergence du topic sous la forme d'une transition, à même d'être proposée par le thérapeute ou le superviseur. La séquence peut être structurée en un énoncé simple lors d'un tour de parole du thérapeute ou en un enchaînement de plusieurs tours de parole impliquant les deux participants. Nous appellerons ce type de séquence « WRT emboîté ».

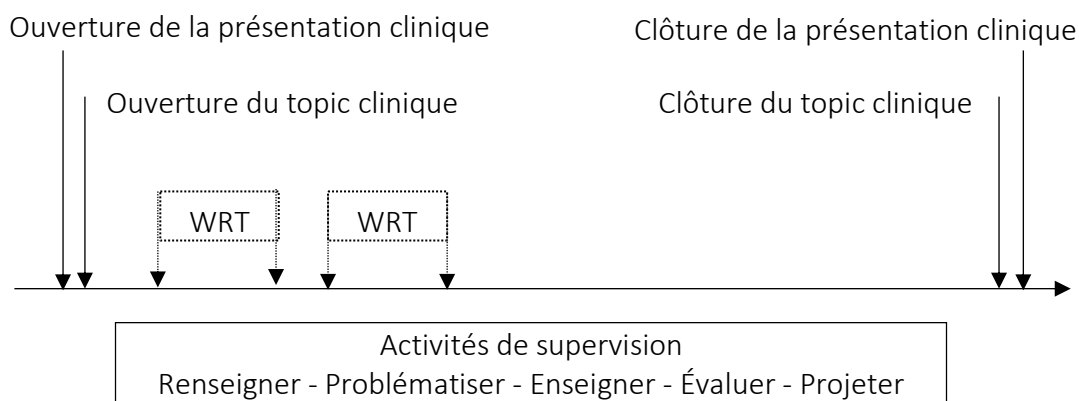


Figure 5: Travail sur la relation thérapeutique emboîté

L'extrait ci-dessous présente une ouverture de séquence « WRT emboîté ». La séquence survient en début de supervision, après que la thérapeute a annoncé les différents points et situations cliniques qu'elle souhaite aborder durant la séance. La thérapeute initie la présentation de la première situation qu'elle souhaite traiter du point de vue administratif, en formulant une demande de validation concernant la démarche à entreprendre auprès du Service de l'assurance invalidité. Une analyse topicale permet d'observer que la séquence présente deux topics : le premier concerne la rédaction du rapport administratif pour l'assurance (lignes 1-23) et le deuxième concerne la fin du suivi thérapeutique de la patiente (lignes 23 à 34). Dans la première partie, la thérapeute soumet à l'expertise de la superviseuse une situation pour laquelle elle souhaite rédiger une recommandation de non reprise professionnelle de la patiente à cause du stress occasionné par son récent accouchement :

TA1 (02:00 –:03:14)

1 T l'autre chose c'est que j'ai reçu↑ alors maintenant c'est vraiment les
2 rapports AI((rire))heu:bon↓là↑ pour madame peco je vais le FAIRE euh↓mais
3 par contre↑ je voulais juste voir avec toi parce qu'elle bossait elle avait
4 une rente à+cent pour cent↑ mais avant d'avoir son enfant elle travaillait &
5 S +hoche la tête
6 T & à quinze [ou vingt pourcent↓
7 S [ouais j'me souviens↓ ouais↓
8 T pis là↑ elle peut pas retravailler dans le: enfin ils ont rembauché d'autres
9 gens↓
10 S oui↑
11 T et pis pis j'la sens PAS [elle est déjà tellement stress↑ stressé elle&
12 S [+hm hm↓
13 +hoche la tête
14 T & arrive pas à suivre avec le bébé↓
15 S +hm hm↓
16 +hoche la tête
17 T euh(0.2) moi j'voulais j'voulais juste dire dans le rapport qu'c'était bien
18 d'lui [donner du temps
19 S [hm hm
20 T et pis pas de la [stresser que ça change rien au niveau de la [rente
21 S [ouais [ouais
22 T mais ça va si je:

Elle argumente les raisons cliniques qui la conduisent à vouloir rédiger cette recommandation (*parce qu'elle bossait*, ligne 3 ; *pis là elle peut pas retravailler*, ligne 8 ; *et pis j'la sens pas*, ligne 11). La superviseure soutient cette première activité de renseignement sur la trajectoire administrative et professionnelle de la patiente en produisant des continueurs vocaux (*hm hm↓*, lignes 12, 15, 19) ou gestuels (hochements de tête, lignes 5, 13, 16). Elle signifie également verbalement se souvenir de la situation présentée (*ouais j'me souviens↓ ouais↓*, ligne 7 ; *ouais*, ligne 21). Ces encouragements sont manifestés en chevauchements non compétitifs des tours de parole signalant l'alignement de la superviseure. La séquence semble se clore sur une validation de la superviseure (*oui oui*, ligne 23) à une question incomplète syntaxiquement de la thérapeute (*mais ça va si je:*, ligne 22), avec une courte pause pouvant signifier un épuisement topical, et avec le mouvement de la thérapeute qui range le dossier de la patiente sous les autres dossiers posés par terre. Pourtant, la superviseure s'auto-sélectionne et enchaine son tour avec une anaphore (*pis elle↑*, ligne 23) qui fait référence à la patiente dont elles viennent de parler. Ce faisant, la superviseure manifeste une transition topicale non convergente qui présente la structure séquentielle typique du désalignement au nouveau topic. Elle énonce en effet le projet que la patiente soit transférée, faisant référence à une supervision passée, utilisant le temps du verbe conjugué au passé (*on avait aussi envisagé euh de la transférer*, ligne 23).

23 S oui +oui (1.0) pis elle↑ on avait aussi envisagé euh la transférer↓ hm↑
24 T +pose le dossier par terre ----- > +
25 T +Alors↓ (1.0) il faudra qu'on prenne du temps pour discuter d'elle↓
26 +se redresse, sourit en regardant S et marque un mouvement de la main
27 S hoche la tête légèrement
28 T mais le problème c'est que je suis passée en première ligne pour elle
29 S hoche la tête
30 T et euh:(2.0)et elle va(0.5)d-éménager sur euhm:(2.0)°Ve:vey↑Montreux↑j'sais
31 plus°
32 S ouais↑
33 T +elle veut pas changer de +thérapeute XXX
34 +recule dans le fauteuil +secoure la tête
35 S [ouais↑faudrait lui dire +que::

Le thème de la fin de suivi est amorcé avec la notion de transfert, qui sous-entend une fin de relation thérapeutique. Cette partie de l'énoncé est affirmative, malgré une légère hésitation en milieu de phrase. La superviseure ajoute cependant une particule (*hm ↑*) qui transforme cette assertion en question par une intonation finale montante. La thérapeute répond avec un topicalisateur (*ALORS ↓*, ligne 25), manifestant une emphase à cette réponse, renforcée par le fait qu'elle se redresse, produit des gestes de la main et de la tête, des mimiques du visage ainsi qu'une pause. Elle s'aligne partiellement au nouveau topic en proposant de parler de la patiente (prendre le temps de parler d'elle, ligne 25), mais ultérieurement, en utilisant le verbe au futur (*il faudra prendre le temps*, ligne 25). La thérapeute énonce ensuite le problème qu'elle entrevoit à ce projet (*le problème c'est que*, ligne 28) qui se trouve être le fait qu'elle soit devenue la référente principale de la patiente dans le suivi ambulatoire (*je suis passée en première ligne pour elle*, ligne 28). L'énoncé suivant présente plusieurs marques d'hésitations (*euh;*; *euhm*; des élongation syllabiques, plusieurs pauses dans le tour de parole, une diminution du volume de la voix) qui indiquent une sorte de gêne ou de prudence de la part de la thérapeute. La superviseure soutient ce développement topical de manière non verbale et verbale, ne se satisfaisant visiblement pas des premiers éléments de réponses produits par la thérapeute, l'invitant donc également à poursuivre (*ouais ↑*, ligne 32). La thérapeute complète alors et conclut son alignement au thème de la relation thérapeutique en annonçant que la patiente ne veut pas changer de thérapeute. La superviseure se désaligne ensuite en chevauchement compétitif de tours, reprenant ce qui avait été le projet initial pour cette patiente c'est-à-dire de terminer le suivi, manifesté par un énoncé verbal interrompu et complété par un mouvement de la tête.

La suite de la séquence se déploie sur une négociation pour décider de la suite du parcours de la patiente. L'activité de préparation des interventions suivantes est au cœur des interactions. La thérapeute argumente pour la poursuite de la thérapie en décrivant des événements récents qui plaideraient en ce sens. La superviseure donne à la thérapeute un cadre institutionnel et règlementaire qui prévoit d'orienter les patients, sortis de la crise et suivis depuis plusieurs années, sur des thérapeutes privés. Elle propose donc à la thérapeute d'organiser une séance interprofessionnelle pour formaliser cette suite, soutenant sa proposition par des gestes qui accompagnent le discours.

```

38 S +mais on peut on peut fixer un bilan↑
39 +ouvre son agenda et le consulte ----- >
40 T on fixe un *bilan oui↓
41 *ouvre son agenda et le consulte ----- >
42 S mais ftoi t'aimerais encore la *garderf
43 ----- >+ regarde la thérapeute
44 T ----- >* * sourit et referme son agenda
45 MAIS↑(1.5)en fait là↑ j'pense que(2.0)euh(0.5)ça a été euh(3.0)ç-c'est
46 c'est ça lui a été présenté qu'elle pourrait rester longtemps avec [MOI et&
47 S [hm↓
48 T &que c'était pour ÇA que c'était BIEN que je sois en première ligne↓
49 S +ouais↑ mais ça va PAS(3.0)
50 +secoue la tête
51 T et pis MOI[j'p-
52 S [on va lui dire que ça a changé:: et que: VOILA: fin:on va (1.0)

```

La thérapeute s'aligne et ouvre également son agenda, qu'elle referme presque aussitôt lorsque, en riant, la superviseure pose une question directe du domaine de la relation

thérapeutique (*mais toi t'aimerais encore la garder*, ligne 42), suspendant également son action gestuelle. C'est le moment où émerge explicitement la relation thérapeutique comme un topic de l'échange. La thérapeute ne s'aligne pas vraiment sur ce thème et répond sur le registre topical précédent, c'est-à-dire les règles institutionnelles de suivis dans le service. Le tour est initié avec de multiples marques d'hésitation (un marqueur discursif de transition accentué (MAIS↑, ligne 45), suivi d'une pause. Puis, à quatre reprises, la thérapeute initie des assertions qui sont interrompues (*en fait là ↑ ; j'pense que ; euh ça a été euh*) par des pauses et qui donne à voir une difficulté de la thérapeute à répondre à la question de la superviseure quant à son souhait, ou non, de garder le suivi thérapeutique de la patiente. Argumentant de manière impersonnelle en utilisant des pronoms impersonnels (*c'est ; ça lui a été présenté, c'était pour ça, c'était bien*, lignes 46-48), elle est interrompue par la prise de tour de la superviseure qui recycle la prescription de fin de suivi (ligne 52). C'est alors que la thérapeute s'aligne sur la proposition :

53 T .hh alors à VOIR↑ ça peut peut-être correspondre à son DÉMÉNAGEMENT=
 54 S =mais OUI +(2.0)
 55 T + hausse les épaules, secoue la tête et sourit
 56 fc'est vrai↑après↑(1.0) après bon↓ j'suis désolée mais c'est vrai que j'ai
 57 d'la peine à lâcher mes patientsf
 58 S ouais↑ je sais↑ mais voilà: c'est:+(1.0) y a de la pression pour qu'on en
 59 +hausse les épaules et serre les lèvres
 60 prenne d'autres
 61 T °ouais°↓ BON +(2.0)si on- si je suis obligée de la lâcher↑ euh::(1.5)
 62 + hausse les épaules et ouvre les mains devant elle
 63 finalement↑ le déménagement [pourrait être une bonne occasion↑
 64 S [ouais↑ +bein OUI
 65 +hoche la tête

La thérapeute s'aligne en envisageant le moment opportun pour annoncer un changement de thérapeute (*alors à VOIR ↑ ça peut correspondre à son déménagement*, ligne 53). L'énoncé est prononcé avec une inspiration forte en début de formulation, laissant paraître un effort d'ouverture. L'enchaînement rapide qui suit manifeste l'alignement de la superviseure (*mais OUI*, ligne 54), suivie d'une longue pause durant laquelle la thérapeute hausse les épaules en souriant et secouant la tête (ligne 55). Ces comportements sont annonciateurs de l'énoncé suivant, prononcé d'une voix riieuse et qui répond directement à la question (ligne 42) touchant la posture relationnelle de la thérapeute (*après bon ↓ j'suis désolée mais c'est vrai que j'ai d'la peine à lâcher mes patients*, lignes 56-57). La superviseure valide brièvement l'évaluation personnelle de la thérapeute dans sa posture et sa gestion de la séparation d'avec les patients (*ouais ↑ je sais ↑*, ligne 58) pour ensuite aussitôt reprendre le topic principal qui concerne le cadre d'intervention. La thérapeute se montre cependant moyennement convaincue par l'argument de la pression institutionnelle d'intégrer de nouveaux patients (*°ouais° ↓ BON*, ligne 61). Elle formule ensuite une synthèse de son alignement à la décision de terminer le suivi et de poursuivre l'activité de préparation aux interventions futures. Pour cela, elle intègre dans son énoncé les notions d'obligation et de fin de suivi pour signifier sa résistance à la règle et son vécu affectif d'abandonner la patiente.

La suite de la séquence (hors transcription) développe de manière co-construite les différentes étapes de la planification des actions à mener pour la thérapeute et pour le réseau de soin dans le processus de transfert de la patiente à un thérapeute installé dans un cabinet privé. Ainsi, insérée dans une activité de préparation à la suite des interventions, le tandem parvient à identifier une difficulté récurrente de la thérapeute dans le domaine de la gestion de sa relation

avec les patients. C'est après plusieurs présentations de cas cliniques que la thérapeute relèvera en fin de supervision sa difficulté à terminer les suivis thérapeutiques.

5.4. Emboîtement des cadres interactionnels

Travailler la relation thérapeutique en supervision nécessite une mise en récit des événements survenus ou anticipés entre le thérapeute et le patient. Les activités de supervision, telles que nous les avons identifiées, se présentent principalement sous forme narrative. La démarche de convocation d'un « ailleurs » dans un « ici et maintenant » comporte des difficultés auxquelles les superviseurs et les thérapeutes doivent faire face pour effectuer ce travail. Il s'agit de rendre accessibles au superviseur des informations qui ne lui sont pas directement disponibles pour comprendre la situation dont le thérapeute souhaite parler. Autrement dit, le thérapeute informe le superviseur à propos du contexte de manière la plus claire possible et le superviseur soutient l'explicitation. Pour rendre compte de la relation thérapeutique par le récit, le thérapeute mobilise le discours et la pensée rapportés, indirectes et directes. Travailler la relation thérapeutique consiste également à construire une compréhension partagée de la situation de référence évoquée par le thérapeute ; cela du point de vue du sens donné aux enjeux relationnels et cliniques présents dans la situation, et du point de vue de la posture professionnelle assumée par le thérapeute. Il s'agit donc, pour le tandem, non seulement d'élaborer un sens partagé de la situation de référence, mais également de communiquer à propos d'états affectifs, de revendiquer une légitimité épistémique, de formuler des critiques, d'évaluer des comportements ou des événements passés ou préparer les interventions futures. Dans ce chapitre, nous présentons comment thérapeutes et superviseurs convoquent des discours, ou des pensées, survenus au cours d'interactions passées avec un patient, des proches ou des collègues. Nous décrivons également des formes discursives plus hypothétiques, notamment des discours rapportés fictifs, un énoncé que le superviseur imagine avoir été formulé par le patient ou le thérapeute, ou des discours projetés, comme des énoncés imaginés en prévision d'une séance future de thérapie.

Présenter les pratiques interactionnelles comprend deux enjeux que nous proposons de déployer ci-dessous. Dans un premier mouvement analytique, il s'agit de décrire l'usage que font les locuteurs du récit d'événements dialogiques survenus dans un autre *momentum* que celui de la supervision. Nous décrivons les pratiques discursives des locuteurs pour déplacer l'attention et les références temporelles et spatiales vers un autre « lieu » que celui de l'interaction en supervision. Pour appréhender ces pratiques interactionnelles, nous avons codé toutes les occurrences de discours rapportés ou projetés. Nous portons donc notre attention analytique sur ces discours des thérapeutes et des superviseurs dans leur singularité afin d'éclairer cette pratique selon les contenus spécifiques au travail sur la relation thérapeutique en supervision (4.4.1). Dans un deuxième mouvement analytique, nous nous intéressons à la dynamique interactionnelle du phénomène d'emboîtement des cadres (4.4.2). Il s'agit ensuite de décrire ce phénomène spécifique au travail sur la relation thérapeutique, dans la construction collaborative et séquentielle. Nous décrivons les divers cadres interactionnels (cliniques, privés et de supervision) qui constituent les références, à partir desquelles les tandems élaborent une compréhension partagée des enjeux relationnels dans la thérapie. Nous montrons finalement la prégnance de la dimension affective dans les discours des participants ainsi que dans le présent pragmatique de la supervision.

5.4.1. Les discours rapportés ou projetés comme pratique énonciative en supervision

Une analyse des données du corpus entier a permis de repérer que les tandems produisent dans l'interaction de supervision des discours déjà survenus par le passé (rapportés) ou envisagés pour un avenir (projetés). Les premiers sont un moyen efficace de raconter des histoires en présentant des preuves de la véracité des événements et de l'authenticité des informations énoncées (Holt, 1996). Ces discours permettent au destinataire du récit de faire en quelque sorte l'expérience par lui-même des circonstances de production et par là, d'accéder directement aux dialogues narrés. Ces discours rapportés peuvent être directs ou indirects et peuvent se présenter sous la forme de citation d'une production langagière ou sous la forme d'une pensée rapportée. Ces discours rapportés peuvent se présenter sous forme de projections historiques qui peuvent également s'étendre dans l'avenir, ou dans un cas hypothétique (Irvine, 1996). Nous avons en effet repéré ces discours. Dans ces cas, les locuteurs ébauchent des alternatives aux discours rapportés qui auraient pu se produire dans la situation convoquée. Les discours projetés dans un avenir comportent une dimension fictive en ce qu'ils énoncent des citations en vue des entretiens futurs que le thérapeute aura avec le patient. Ces dernières sont dites projectives et impliquent le thérapeute et/ou d'autres personnes absentes de l'interaction de supervision.

Pour des raisons de clarté dans la présentation des analyses, nous proposons de catégoriser ces pratiques discursives selon qu'elles portent sur des événements décrits par les locuteurs comme étant effectivement survenus ou qu'elles portent sur des événements fictifs passés ou à venir. Du point de vue de nos données, alors que les discours rapportés visent à re-produire des dialogues ayant eu lieu dans la situation de référence du récit, les discours fictifs semblent s'écarter d'une description stricte des événements tels que les participants les ont vécus. Cette distance au « réel » autorise ainsi les tandems à produire un discours à partir de la situation de référence sans viser la véracité. Nous nommerons « discours fictionnels » (Fictional Speech - FS) cette catégorie de discours afin de les différencier des discours rapportés (Reported Speech-RS). Cette distinction nous conduit à proposer la terminologie générale des récits d'extraits dialogiques « discours simulés » pour qualifier l'ensemble des discours ayant déjà eu lieu ou étant imaginés par les tandems dans le passé ou dans un futur. Nous utiliserons dorénavant la terminologie suivante, issue de la littérature en ce qui concerne les discours rapportés, et personnellement intitulée en ce qui concerne les discours fictifs :

- Les discours rapportés : Reported Speech (RS)
- Les discours rapportés directs : Direct Reported Speech (DRS)
- Les discours rapportés indirects : Indirect Reported Speech (IRS)
- Les pensées rapportées : Reported Thoughts (RT)
- Les discours fictifs : Fictional Speech (FS)
- Les discours hypothétiques passés : Hypothetical Past Speech (HPS)
- Les discours fictifs projetés : Projected Fictional Speech (PFS)

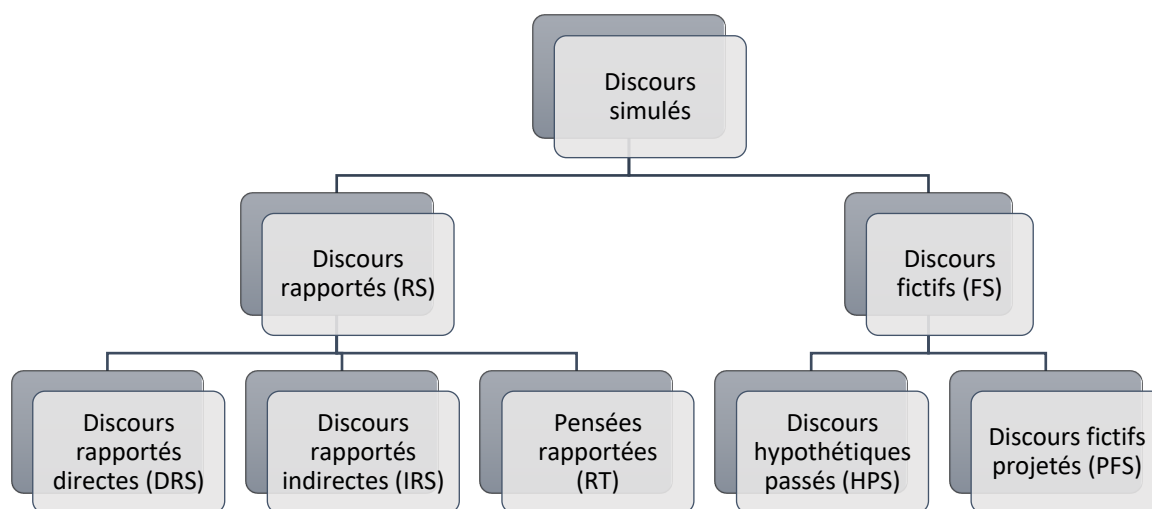


Figure 6: Types de discours

Avant de présenter les occurrences de chacun des types de discours simulés, nous montrons des exemples spécifiques à nos données. (pour la présentation méthodologique de l'identification des DRS, chapitre 3.3.4.2)

Discours rapportés directs (DRS)

Rappelons simplement que le discours rapporté consiste à citer soi-même ou une autre personne selon les mots initialement formulés. Les extraits ci-dessous proposent les énoncés que les thérapeutes ont produits dans l'interaction avec leur patiente :

TC1a (12:00 – 19:00)

1 T alors j'dis voilà j'dis↓ écoutez c'est difficile parce que votre histoire vous
 2 la racontez depuis très longtemps↑ et toutes les parties qu'vous voulez pas vous
 3 les effacez↑ parce que c'est comme un film↓ on a coupé des bouts qui conviennent
 4 PAS

Dans cet extrait, la thérapeute préfigure verbalement le DRS (*j'dis ↓*, ligne 1) prononcé avec une intonation descendante. Aussitôt suivi d'un terme d'adressage (*écoutez*, ligne 1), le DRS cite ce que la thérapeute a dit à la patiente selon ses propres mots comme si cette dernière était présente dans la supervision, plaçant ainsi le superviseur comme observateur et témoin de la situation rapportée. L'énoncé prétend à une utilisation « exacte » des mots utilisés sans adaptation au contexte de la supervision et présente l'interprétation que fait la thérapeute du fonctionnement psychologique de la patiente (*toutes les parties qu'vous voulez pas vous les effacez*, lignes 2-3). La thérapeute présente ainsi un aperçu de la posture prise auprès de la patiente en indiquant son autorité épistémique dans la relation thérapeutique : le verbe « écouter » à l'impératif en ouverture du DRS, les indices évaluatifs dans l'énoncé (*c'est difficile parce que*, ligne 1 ; *vous la racontez depuis très longtemps*, lignes 1-2 ; *parce que c'est comme un film*, ligne 3) sont autant d'indicateurs d'une prétention à l'expertise de la thérapeute. Par le procédé du DRS, la thérapeute revendique également, dans la relation de supervision, un

accès épistémique élevé par le niveau de certitude des informations, la connaissance de la patiente et le caractère directe de cette connaissance.

TF5 (09:20 – 12:52)

1 T mais elle me fait vivre ça dès que j'parle de mon départ elle me r'garde euh
2 pis elle pleu::re mais euh(2.0)et pis† **y a qu'AVEC vous que j'peux parler::**

Dans l'extrait TF5, la thérapeute introduit le DRS par une contextualisation de la situation thérapeutique, évoquant son propre éprouvé (*elle me fait vire ça*, ligne 1) et les comportements séquentiels de son interaction avec la patiente (*dès que j'parle de mon départ elle me r'garde euh pis elle pleure*, lignes 1-2). Puis, après deux connecteurs et une pause (*mais euh (2.0)*, ligne 2), la thérapeute cite la patiente (*et pis y a qu'avec vous que j'peux parler*, ligne 2). La construction du tour de parole souligne l'émergence du DRS en produisant un contraste entre la première partie et le DRS lui-même : le contraste prosodique, le style vocal et la différence de posture des locuteurs soulignent le changement de personnage (la thérapeute dans la première partie, la patiente dans la seconde partie).

Dans les deux exemples, le DRS se démarque par des procédés linguistiques spécifiques : dans le premier extrait, le locuteur principal reste identique mais la forme syntaxique du DRS indique un adressage direct de l'énoncé à un « vous » qui n'est pas le superviseur présent dans l'interaction de supervision. L'analyse séquentielle des tours précédents et suivants permettent d'inférer que ce « vous » représente la patiente et que le superviseur s'oriente effectivement vers cette interprétation de la production langagière de la thérapeute. Dans le deuxième extrait, c'est le changement de locuteur, dans un même tour de parole, qui souligne le phénomène : dans l'introduction du DRS, le « je » personifie la thérapeute alors que dans le discours rapporté le « je » énoncé représente la patiente et le « vous » devient alors la thérapeute.

Discours rapporté indirect (IRS)

Ce type de discours se définit comme un résumé de ce qu'une personne a dit selon les propres mots du locuteur. Dans l'exemple ci-dessous, la thérapeute cherche à informer la superviseure de la thématique émergente de la vieillesse des parents dans l'échange avec le patient (lignes 1-2).

TB3b (26:25-32:55)

1 T pis au fait comme on parlait de ça: et du fait que j'avais pas eu le temps
2 d'appeler de nouveau: heu sa mère et t-ça:bein en fait **je l-j'lui ai dit en**
3 **fait que mon grand-père est décédé heu:**

Après des hésitations, visibles par des allongements vocaliques, des troncations et des micro-pauses, la thérapeute contextualise la citation à venir en explicitant ses pensées et le topic d'une séquence interactionnelle précédant directement le discours rapporté (*et pis au fait comme on parlait de ça et du fait que j'avais pas eu le temps d'appeler de nouveau heu sa mère et t-ça*, lignes 1-2). La thérapeute formule ensuite sa citation en utilisant le verbe « dire » suivi du contenu synthétique de son propre discours au patient (*j'lui ai dit en fait que mon grand-père est décédé*, ligne 2-3).

Pensée rapportée (RT)

Dans la littérature, les pensées rapportées sont considérées comme des discours rapportés. Dans l'extrait suivant, le thérapeute évoque une pensée personnelle qu'il présente au superviseur de manière explicite comme un discours rapporté.

TD3a (05:22-27:47)

1 T moi bein bien sûr la première fois où elle m'a fait l'coup de PAS venir au
2 rendez-vous et puis ensuite de PAS répondre au téléphone quand j'l'appelais
3 **j'me suis dit↓ MINCE il s'est passé quelque chose**

Le thérapeute contextualise sa pensée rapportée en informant le superviseur de la situation originale (lignes 1-2). Puis il formule les mots « exactes » de sa pensée tels qu'ils se sont imposés à lui-même à propos de ce qui se passait avec sa patiente (*j'me suis dit↓ MINCE il s'est passé quelque chose*, ligne 3). Des marqueurs lexicaux, prosodiques et paralinguistiques indiquent le début de la citation, rendant ainsi intelligible au superviseur la réflexion du thérapeute en situation de thérapie: du point de vue lexical, le thérapeute introduit brièvement sa pensée par une clause de cadrage (*j'me suis dit↓*, ligne 3) suivi d'une exclamation, « mince », prononcée de manière accentuée ; d'un point de vue prosodique et paralinguistique, la pensée rapportée est produite de manière plus intense avec une hauteur de volume et une qualité de voix plus animée que dans le début du tours de parole. Cette pensée rapportée est directe en ce qu'elle comporte des marqueurs typiques d'un DRS, comme la production à l'apogée du récit, la manifestation de la posture du thérapeute au moment de la pensée (l'exclamation inquiète).

Discours hypothétique passé (HPS)

Comme évoqué plus haut, nous avons identifié des discours relatés par les thérapeutes qui ne se sont pas effectivement produits. Il s'agit de citations qui se rapportaient effectivement à la situation thérapeutique passée mais qui comportaient une certaine distance avec la « réalité » de la situation ; en effet, les citations auraient pu être formulées en contexte original par le thérapeute, mais, pour différentes raisons, elles n'ont pas eu lieu. Elles sont généralement explicitées au superviseur par le thérapeute lui-même. Les superviseurs produisent également ce type de discours. N'ayant pas participé à la situation de thérapie, il n'avait pas accès aux informations réelles et sa légitimité à produire un discours rapporté est pour ainsi dire nulle. Dans nos données, les superviseurs énoncent ce qu'ils ont compris des dialogues entre le thérapeute et son patient, ou formulent des échanges comme s'ils étaient effectivement survenus. Dans l'exemple suivant, la thérapeute évoque ce qu'elle était sur le point de dire au père de son patient :

TE4b (23:00-30:27)

1 T il a été très agressif avec son fils hier au point que moi **j'étais::j'ai été à**
2 **la limite de dire! LÀ je trouve que c'est pas acceptable comme vous parlez à**
3 **vosre fils↓** mais j'lai pas:: du coup j'ai pas pu le dire

Dans cet extrait, la thérapeute offre au superviseur des informations sur le contexte de production du discours hypothétique concernant le père de son patient (*il a été très agressif avec son fils hier*, ligne 1) et concernant sa propre posture (*au point que moi j'étais j'ai été à la*

limite de dire, lignes 1-2) avant d'enchaîner directement la citation telle qu'elle aurait pu la formuler dans le contexte original (*LÀ je trouve que c'est pas acceptable comme vous parlez à votre fils*, lignes 2-3). Ce discours hypothétique prend la forme d'une citation directe qui présente la posture de la thérapeute au moment de l'interaction avec le père : une intonation forte et intensifiée par une accentuation en début de citation (*LA*, ligne 2) qui indique le virage narratif du discours, un changement de temps des verbes du passé au présent, ainsi qu'un usage des pronoms différents pour une même personne (pour le père, le « il » est utilisé dans la partie narrative et le « vous » pour la partie dialogique). La citation est syntaxiquement complète et prosodiquement délimitée par une accentuation du début de l'énoncé et par une intonation descendante en fin d'énoncé. La clause de cadrage « j'étais à la limite de dire » indique clairement que la limite n'a pas été dépassée et que la thérapeute n'a pas effectivement énoncé la citation qui suit aussitôt. Celle-ci conclut son tour de parole par un commentaire évaluatif qui signifie également clairement que cette citation ne s'est pas produite et qu'elle est fictive.

L'extrait ci-dessous présente un dialogue fictif formulé par le superviseur à propos d'un échange passé entre la thérapeute et sa patiente et auquel il n'a pas participé. Dans les tours de paroles qui précèdent (hors transcription), la thérapeute décrit par des IRS les propos de la patiente qui souhaite une investigation diagnostique et un autre traitement que celui proposé par la thérapeute. Les citations de la patiente, rapportées par la thérapeute, rendent compte d'une posture ressentie comme agressive et dénigrante.

TF3a (39:03-56:21)

1 S c'est comme ça qu'elle te vit↑elle te vit comme quelqu'un de sadique**et elle**
 2 **te dit↑MAINTENANT vous arrêtez↓ MAINTENANT j'veux un autre thérapeute**
 3 **parce que vos commentaires↑moi j'ai déjà tout compris à la vie et pis euh: à**
 4 **la situation↑euh j- euh:j- j-j'ai pas besoin de vous↑**
 5 T ouais exactement↑c'est ce qu'elle me dit↓

Après une évaluation de la posture affective de la patiente (*c'est comme ça qu'elle te vit ↑ elle te vit comme quelqu'un de sadique*, ligne 1), le superviseur introduit son HPS par une clause de cadrage (*et elle te dit ↑*, ligne 1-2). Il s'en suit une citation fictive (lignes 2-4) telle que le superviseur se représente les dires de la patiente, en se basant sur les descriptions précédentes de la thérapeute (hors transcription). Il s'agit d'une formulation synthétique à la première personne caractérisée par un changement de locuteur. En début de tour, le superviseur est l'énonciateur de l'évaluation ; le pronom « elle » est utilisé comme un marqueur indexical désignant la patiente, le pronom « te » désignant la thérapeute (*elle te vit*, ligne 1). La citation fictive à proprement parler débute avec le marqueur temporel « maintenant » (ligne 2) prononcé avec une accentuation vocale, marquant un virage dans la logique syntaxique du tour. Le pronom « vous » désigne la thérapeute selon la perspective de la patiente car il correspond aux rapports préfigurés par le contexte de la thérapie. En effet, les DRS plus hauts dans la séquence (hors transcription) indiquent que la thérapeute et la patiente se vousoient, alors que les interactions thérapeute-superviseur signalent qu'ils se tutoient. Le pronom « je » indique que la patiente est la locutrice de la citation puisqu'elle énonce le souhait de changer de thérapeute (*j'veux un autre thérapeute*, ligne 2). L'interprétation endogène du sens de la citation est rendue visible par l'énoncé de la thérapeute lorsqu'elle s'aligne sur la proposition du superviseur (*ouais exactement ↑c'est ce qu'elle me dit ↓*, ligne 4). La thérapeute reconnaît bien dans la citation du superviseur la teneur des dires de sa patiente. Le pronom « elle » désigne la patiente, ratifiant la bonne compréhension du HPS et reprenant le pronom

personnel « elle » pour la patiente, comme en ligne 1. La dimension hypothétique de cette citation réside non seulement par le fait que le superviseur n'était pas présent dans l'interaction avec la patiente, mais également par les marques d'hésitation dans la construction de la citation (*pis euh: à la situation t euh j- euh:j- j-j'ai pas besoin de vous t*, ligne 4).

Discours fictif projeté (PFS)

Il s'agit de la préfiguration d'un discours à venir. Dans nos données les PFS sont majoritairement produits par les superviseurs. Il s'agit d'interventions verbales que le superviseur propose au thérapeute en vue d'une prochaine séance avec le patient. Dans l'extrait ci-dessous, alors que la thérapeute présente sa difficulté dans la relation à sa patiente parce qu'elle se sent tenue à distance (hors transcription), la superviseure propose des formulations de questions à adresser à la patiente.

TA2b (42:50 - 46:09)

- 1 S =ouais p'tet de la questionner mais à quel^t(.)quel est le jusqu'ou j'peux
 2 **veni:r c'que vous pouvez tolérer**↓ tu vois^t te montrer très respectueuse tout
 3 ça de ces limites qu'elle met
 4 T hm
 5 S (0.2)on peut demander si **est-ce que vous pensez que si on faisait une un**
 6 **enregistrement: est-ce que ça pourrait vous Aider: euh OU pas:**
 7 T hm hm
 8 S (0.2)ou bien **est-ce que: p'tet pour le côté un peu: est-ce que un objet:**
 9 **p'tet qui vous rappelle la thérapie pourrait vous aider:**
 10 T hm hm
 11 S ou bien: **est-ce que vous préférez choisir^t vous^t ou euh j'le choisis moi::**
 12 T hm hm

La superviseure introduit des discours fictifs projetés par une proposition de questionner la patiente (*ouais bein p'tet de la questionner*, ligne 1 ; *on peut demander si*, ligne 5). La superviseure formule ensuite directement la question à adresser à la patiente de manière syntaxiquement complète (*jusqu'ou je peux venir*, ligne 1-2 ; *est ce que vous pensez que si on faisait une un enregistrement est-ce que ça pourrait vous aider : euh ou pas*, lignes 5-6). L'effet de contraste des différentes interactions signifiées dans le discours de la superviseure, en cours et projeté, sont rendues manifestes par les changements d'attribution des pronoms aux locuteurs concernés. Le « je » des questions PFS représente la thérapeute et le « vous » la patiente, délocalisant la production langagière de la situation de supervision au profit de l'interaction thérapeutique à venir. L'usage du pronom « tu » directement après le discours fictif projeté (*tu vois t te montrer très respectueuse*, ligne 2) montre un retour à la situation présente, la superviseure tutoyant la thérapeute en supervision. De surcroît, la patiente reprend un statut distant de l'interaction de supervision par l'usage des pronoms pour la désigner de la part de la superviseure, du « vous » au « elle » (*de ces limites qu'elle met*, ligne 3). Après chaque proposition de PFS, la thérapeute produit des continueurs vocaux (hm, lignes 4,7,10,12) dénotant un alignement sur cette activité de projection. La superviseure enchaîne deux propositions supplémentaires de PFS (lignes 8-9, 11).

Après la définition de chaque type de discours simulé selon les spécificités des données de la présente collection, nous donnons une description large des occurrences de ces discours de manière quantitative. Il s'agit de comprendre les pratiques en supervision, comme elles se

répartissent dans les productions langagières, respectivement des thérapeutes et des superviseurs, et selon les pratiques de chaque tandem.

Le tableau ci-dessous présente les occurrences des cinq formes de discours simulés, identifiés pour chaque tandem et pour chaque type de locuteur, thérapeute et superviseur :

Tableau 9: Occurrences des discours simulés

	Thérapeutes							Superviseurs						
	DRS	IRS	RT	RS	HPS	PFS	FS	DRS	IRS	RT	RS	HPS	PFS	FS
Tandem A	127	37	16	180	5	1	6	5	13	4	22	9	35	44
Tandem B	34	19	13	66	8	9	17	4	2	1	7	13	17	30
Tandem C	15	1	0	16	4	0	4	6	0	1	7	3	0	3
Tandem D	12	10	18	40	1	1	2	6	3	2	11	5	3	8
Tandem E	41	5	15	61	4	2	6	14	0	6	20	20	77	97
Tandem F	9	4	2	15	0	0	0	2	0	0	2	5	0	5
Types de discours	238	76	64	378	22	13	35	37	18	14	69	55	132	187
				92%			8%				27%			73%
Total	413							256						
	62%							38%						

Lors du travail sur la relation thérapeutique, les thérapeutes recourent plus souvent aux discours simulés au cours d'une interaction que les superviseurs (62% contre 38%). Pour les premiers, les discours rapportés (RS) sont majoritaires (378 occurrences, soit 92% de l'ensemble de leurs discours simulés) alors que les discours hypothétiques (FS) sont minoritaires (35 occurrences soit 8%) et parmi ceux-ci les discours projetés sont les moins utilisés. Chez les superviseurs, les discours rapportés constituent 27% des discours simulés pour 73% de discours fictifs. Il est intéressant de distinguer toutefois que les discours fictionnels projetés constituent la majeure partie des discours simulés des superviseurs et plus du double des discours fictionnels liés à la situation passée.

Les figures 7 et 8 représentent les proportions des types de discours selon qu'ils sont produits par les thérapeutes ou les superviseurs. Les profils sont bien définis : les thérapeutes sont

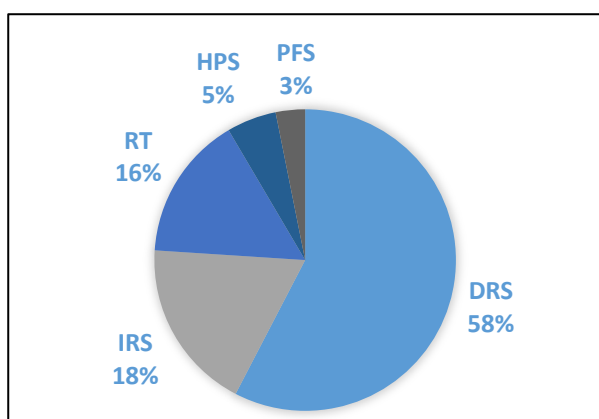


Figure 7: Discours simulés des thérapeutes

principalement centrés sur un usage d'explicitation d'évènements interactionnels passés, alors que les superviseurs ont tendance à mobiliser préférentiellement les discours fictifs. L'usage massif des discours rapportés de la part des thérapeutes attestent de leur démarche de renseigner les superviseurs à propos de ce qui s'est passé avec le patient. Ils décrivent les échanges qui se sont déroulés lors des séances thérapeutiques, mettant en scène les dialogues survenus ainsi que les pensées qui les accompagnaient. Ils formulent peu

d'hypothèses sur ce qui est survenu ou ce qui est à envisager ; au contraire, les superviseurs en formulent davantage. Ces données permettent de décrire les pratiques langagières plus spécifiquement à la lumière des activités de supervisions (chapitre 5.2). L'analyse de l'occurrences des actes discursifs montre que l'activité de renseigner les événements survenus en thérapie est largement déployée par les thérapeutes, et que, pour le faire, les discours rapportés en sont une ressource majeure. Nous avons développé dans le chapitre précédent, grâce à l'analyse interactionnelle, l'idée que cette

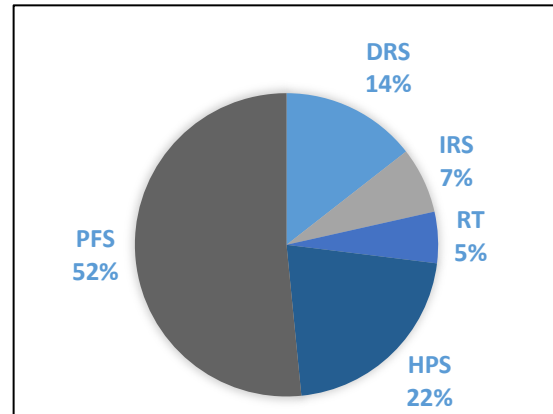


Figure 8: Discours simulés des superviseurs

activité était cependant conjointement menée et soutenue par des actions langagières du superviseur : les questions, les relances, les continueurs vocaux. Les discours projetés (PFS) des superviseurs se démarquent eux aussi fortement dans les données quantitatives (132 occurrences pour 13 PFS produits par les thérapeutes). Ces discours fictifs projetés représentent une ressource manifeste pour les activités d'enseignement et de préparation aux interventions futures. Nous décrivons plus finement ci-dessous ces activités interactionnelles afin de rendre compte de l'emboîtement des cadres par le récit d'évènements déjà survenus ou qui sont envisagés par les tandems pour une situation thérapeutique future. En revanche, les activités d'évaluation des actions et de problématisation constituent quant à elles des activités plus hybrides dans leur articulation avec les autres activités et ne se donnent pas à voir spécifiquement dans les productions langagières de simulation.

Ces données permettent également de rendre compte de l'orientation temporelle des énoncés pour les thérapeutes et les superviseurs (tableau 4). Les discours qui se réfèrent à la situation thérapeutique passée (RS et HPS) sont significativement plus employés par les thérapeutes (97%) que par les superviseurs qui n'en présentent que 48% ; ces discours rapportés constituent une forme discursive préférentielle des thérapeutes ; les superviseurs montrent une répartition des discours plus égalitaire entre les situations de références passées ou celle qui sont projetées dans l'avenir.

Tableau 10: Orientation temporelle des discours simulés

	Thérapeutes		Superviseurs	
	Passé	Futur	Passé	Futur
Occurrences	400 97%	13 3%	124 48%	132 52%

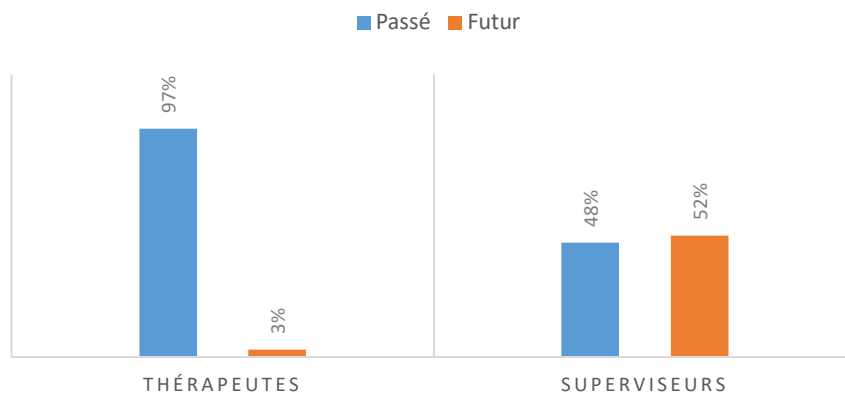


Figure 9: Discours rapportés versus projetés

Les données quantitatives montrent des différences entre les individus. Par exemple, la thérapeute A recourt aux discours rapportés plus que tous les autres thérapeutes (180 occurrences sur 378) ; la thérapeute B se démarque dans l'usage des discours fictionnels par rapports aux autres thérapeutes (17 occurrences sur 35). Les thérapeute C et F, quant à eux, présentent un moindre usage des discours simulés dans leur manière de travailler la relation thérapeutique. Du point de vue des différences entre superviseurs, l'un d'entre eux se distingue, surtout dans l'usage des discours fictionnels ; considérant que les tandems B et E sont conduits par la même superviseure, celle-ci présente un nombre élevé de FS (127 occurrences sur 187). En outre, des analyses sur un échantillon plus important permettrait peut-être d'observer des différences liées aux approches thérapeutiques de références des tandems. Dans nos données, nous pouvons relever que les supervisions des tandems C et F sont de types psychanalytiques et présentent globalement moins de discours simulés que les autres tandems travaillant selon des ancrages systémiques ou cognitivo-comportementaux. Toutefois, nous nous gardons de toutes généralisations car nos analyses n'ont porté que sur les séquences de supervision spécifiquement centrées sur le travail de la relation thérapeute-patient, et le nombre de participants à l'étude était restreint.

Décrire les discours simulés, c'est aussi identifier les personnes qui sont citées dans les dialogues. Dans nos données, les thérapeutes et les superviseurs mettent en scènes leur propre discours, celui des patients et de leurs proches (mère, père) et celui de collègues impliqués dans le suivi des patients dont il est question en supervision. Nous montrons dans le chapitre suivant la manière dont les participants à la supervision représentent d'autres relations au travers des dialogues qu'ils citent, ainsi que la dynamique interactionnelle de ces discours simulés dans les activités typiques de la supervision à la relation thérapeutique.

5.4.2. Dynamique interactionnelle du phénomène d'emboîtement interactionnel

Grâce à l'analyse quantitative des discours simulés dans le travail sur la relation thérapeutique, nous avons identifié que les récits d'expériences constituent des ressources pour comprendre la relation thérapeutique. Au cours des analyses suivantes, nous nous intéressons à la manière dont les discours simulés se positionnent dans une histoire racontée et aux situations auxquelles ils font référence : situations cliniques avec un patient ou des collègues, situations de la vie privée des interactants ou échanges survenus au cours de la supervision elle-même. Nous voyons comment ces mises en récit constituent la ressource principale du phénomène d'emboîtement dans la supervision. Nous analysons la dynamique interactionnelle de trois

formes d’emboîtement, celui du cadre interactionnel clinique (5.4.2.1.), du cadre interactionnel privé (5.4.2.2.) et du cadre interactionnel de la supervision elle-même (5.4.2.3.). Nous nous penchons également sur l’usage des discours simulés selon qu’ils projettent les interactants dans un passé ou dans un avenir. Cette analyse des interactions selon un prisme de la temporalité permet de distinguer les ressources spécifiques des différentes activités interactionnelles de supervision.

Par le recours aux discours rapportés, les thérapeutes et les superviseurs simulent des relations dans lesquelles ils sont plus ou moins impliqués, en dehors du cadre interactionnel de la supervision. Ils convoquent des situations issues d’autres cadres interactionnels comme celui de la clinique ou du domaine privé. L’énonciateur cité peut être le locuteur lui-même (le thérapeute ou le superviseur) ou une autre personne de la situation évoquée, telle qu’un proche du patient ou un collègue. Lorsque le cadre interactionnel privé est sollicité, l’énonciateur principal est le locuteur lui-même dans un dialogue rapporté avec l’un de ses proches. L’analyse des données révèle également que des discours produits au cours de la supervision elle-même peut faire l’objet d’une mise en abyme par les tandems lorsque, notamment lorsque le superviseur rappelle des propos tenus par le thérapeute précédemment.

La figure ci-dessous présente les cadres interactionnels sollicités dans le phénomène d’emboîtement des cadres interactionnels dans la supervision, tels qu’ils se donnent à voir dans nos données. Le cadre principal est celui de la supervision, autrement dit *the pragmatic present* (Irvine, 1996). Les locuteurs sont essentiellement le thérapeute et le superviseur. Au cours de leurs échanges, ils mettent en scène d’autres dialogues survenus ou à venir et citent des énoncés produits de manière multimodales. Le cadre clinique (ou thérapeutique) est, quant à lui, le cadre interactionnel convoqué préféré des tandems, le cadre interactionnel privé étant moins convoqué, tant par les thérapeutes que par les superviseurs. Le cadre de la supervision est le moins fréquemment utilisé comme point de référence pour les récits d’expériences mais semble pourtant refléter l’une des formes essentielles du travail sur la relation thérapeutique.

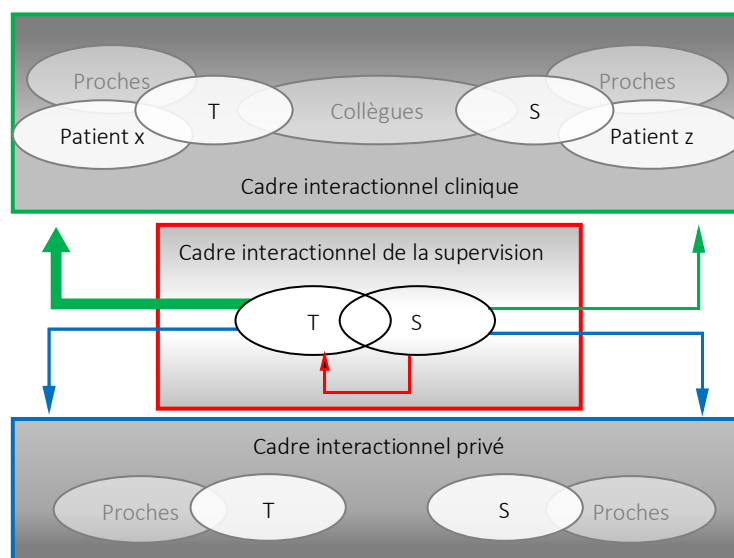


Figure 10: Emboîtement des cadres interactionnels

Nous proposons à présent d’analyser la dynamique interactionnelle de ces trois formes d’emboîtement, portés par les thérapeutes et les superviseurs.

5.4.2.1. Emboîtement du cadre interactionnel clinique

Le récit de ce qui se passe en entretien avec le patient est central pour que le travail sur la relation thérapeutique se réalise en supervision. Comme présenté dans le chapitre précédent, l'activité de raconter (pour le thérapeute) et l'activité de faire raconter (pour le superviseur) constituent le socle sur lequel se déploie la supervision. Le thérapeute est donc amené à décrire la situation clinique du patient (événements ou informations descriptives du contexte de vie du patient, etc.) ou à relater ce qui s'est passé dans les entretiens thérapeutiques (interactions, pensées, émotions).

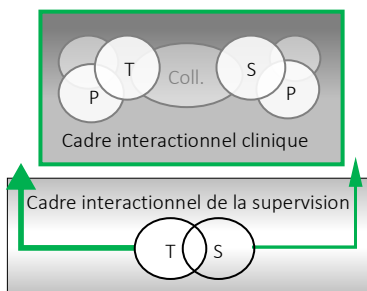


Figure 11: Emboîtement du cadre interactionnel clinique

Spontanément ou invité par une première paire adjacente du superviseur qui questionne ou demande des informations, le thérapeute déploie des ressources langagières pour que le superviseur se représente la situation comme s'il s'y trouvait. Nos données rendent compte que l'emboîtement d'un cadre interactionnel clinique est présent dans tous les tandems. Les données quantitatives présentées plus haut et les analyses interactionnelles des séquences de la collection indiquent toutefois que les situations les plus convoquées sont celles issues de la pratique des thérapeutes, ce qui semble découler des objectifs-mêmes de la supervision.

Dans l'extrait suivant, la thérapeute présente la situation d'un patient qui revient à l'hôpital après une sortie abrupte. L'extrait débute avec des éléments d'anamnèse de l'histoire de vie du patient et une description de l'évolution des séances de thérapie (lignes 1-12).

TC1b (22:15 – 32:20)

- 1 T et l'enfant du couple actuel a vingt et un ans et fait des études et il est
- 2 aussi parti donc tous les enfants étaient partis à l'époque↓
- 3 S ouais
- 4 T et c'est là qu'il y a une première cassure(.)et c'que j'me rappelle c'est
- 5 qu'voilà c'était un monsieur très opératoire
- 6 S hm hm
- 7 T toujours très opératoire euh très peu dans les émotions: voilà↑
- 8 S dans la gestion
- 9 T opératoire vraiment opératoire↓ d'une pauvreté émotionnelle et de- les
- 10 entretiens qui m'ennuient vraiment ça m'ennuie
- 11 S hm hm
- 12 T je rame je rame je rame et puis lors de la dernière hospitalisation:

Dans ce début d'extrait, la thérapeute renseigne le superviseur par des informations factuelles et par des évaluations du fonctionnement psychique du patient (*c'était un monsieur très opératoire [...] très peu dans les émotions*, lignes 5 et 7) ainsi que de sa propre posture émotionnelle dans les interactions avec lui (*les entretiens qui m'ennuient vraiment ça m'ennuie*, lignes 9-10 ; *je rame je rame je rame*, ligne 12). Des marques d'implication affective se donnent à voir progressivement (accentuation du verbe *ennuyer*, ligne 10 ; répétition de l'action *je rame*, ligne 12), indiquant la progression de l'histoire racontée vers le point culminant du récit :

- 13 il allait un peu mieux: on voyait qu'il commençait à bouger il allait un peu
- 14 mieux et le problème **il disait j'arrive pas à dormir j'arrive pas à dormir**
- 15 **j'arrive pas à dormir** et on on on jouait entre euh Remeron: Trittico euh
- 16 [Zolpidem des Xanax et compagnie et puis XXXXXX et pis tout d'un coup&
- 17 S [hm
- 18 T &un jour il a décidé de SORTIR(.)**il a dit si c'est comme ça j'dormirai mieux**
- 19 **à la maison↓**

Dans cette deuxième partie d'extrait, la thérapeute alterne des parties descriptives adressées au superviseur avec des discours rapportés des propos du patient, qui eux sont adressés à la thérapeute lors de la première hospitalisation. Les pronoms désignent des énonciateurs différents, soulignant les changements de cadres interactionnels. Ainsi, la structure des tours de paroles de la thérapeute et leur forme syntaxique indiquent au superviseur les bascules rapides entre l'interaction de supervision et l'interaction clinique. Un premier discours rapporté directe (DRS) émerge à la ligne 14 (*j'arrive pas à dormir j'arrive pas à dormir j'arrive pas à dormir*), préfiguré par (*il disait*). Il signe un virage dans l'histoire racontée car il présente le *problème* identifié par la thérapeute dans la rupture thérapeutique (ligne 14). L'usage du pronom « il » aux lignes 13 et 14 désigne le patient. L'énonciateur change ensuite brusquement grâce à l'usage du DRS qui permet à la thérapeute de faire parler le patient, offrant par là même au superviseur accès à la posture du patient comme elle s'est donnée à voir dans l'interaction en situation clinique. Le pronom « je » du DRS personifie le patient, laissant la thérapeute locutrice dans le contexte pragmatique de la supervision. La répétition par trois fois de la plainte du patient révèle l'intensité émotionnelle de l'interaction, rompant également avec le rythme narratif des lignes précédentes. Un deuxième DRS survient dans la continuité, rythmant la narration avec un deuxième virage dans l'histoire de la thérapie (*et pis tout d'un coup un jour il a décidé de sortir il a dit si c'est comme ça je dormirai mieux à la maison*, lignes 16-19). L'usage différent du temps des verbes marque également les changements de cadres interactionnels. Les DRS sont formulés au présent ou au futur alors que les parties descriptives et narratives sont formulées au passé (imparfait, passé-composé) ou au conditionnel.

Il s'ensuit un commentaire évaluatif qui présente l'interprétation du comportement du patient élaborée par la thérapeute, dans son échange avec le superviseur, réinvestissant le cadre interactionnel de la supervision :

19 à la maison↓ donc la seule colère qu'il a manifestée c'est de **dire qu'il**
20 **dormait pas et puis qu'il dormirait mieux à la maison** c'était même pas une
21 espèce de colère c'était plutôt:
22 S un désespoir ou:
23 T non c'était pas un désespoir un désappoint==
24 S =une résignation un peu comme ça=
25 T =ouais↓ **non si c'est comme ça j'dormirai mieux à la maison**↓ donc↑ on s'est
26 quittés(.)
27 S pas dans les meilleurs termes
28 T non↑mais(.)un VIDE si tu veux
29 S hm
30 T **il a pas dit euh vous êtes NULLE il a pas dit: euh j'vais voir ailleurs c'est**
31 **mieux**↑c'était c'était mou tu vois↑ on s'est quittés un peu comme ça

La thérapeute utilise le discours rapporté indirect (IRS) pour soutenir son propre raisonnement, produisant une synthèse des propos du patient dans une forme syntaxique cohérente dans son tour de parole (ligne 19-20). Alors que le superviseur se présentait jusqu'à cette troisième partie de séquence de manière plutôt discrète, soutenant le récit de la thérapeute par des continueurs vocaux (*hm hm*, lignes 6, 11, 17) ou des relances verbales (*ouais*, ligne 3 ; *dans la gestion*, ligne 8), il contribue ici plus activement à l'élaboration conjointe d'une compréhension partagée de la posture affective du patient. Il propose un sens à donner à l'absence d'émotion explicitée par le patient à deux reprises (*un désespoir*, ligne 22 ; *une résignation un peu comme ça*, ligne 24). La collaboration entre thérapeute et superviseur se donne à voir par des phénomènes de complétion des tours de paroles de la thérapeute par le superviseur (lignes 21-22 et 26-27) et des enchaînements rapides de tours (lignes 23-24). La thérapeute s'aligne sur la deuxième proposition du superviseur (*ouais*, ligne 25) et enchaîne

avec la suite de son récit en recourant au DRS pour conclure la posture du patient dans sa décision de quitter l'hôpital (*non si c'est comme ça je dormirai mieux à la maison*, ligne 25). Elle initie une pré-clôture du récit par deux procédés discursifs distincts : une évaluation du fonctionnement psychologique du patient en faisant de ce dernier l'énonciateur d'un discours fictif (HPS) qu'il aurait pu produire (*il a pas dit euh vous êtes nulle il a pas dit euh j'veais voir ailleurs c'est mieux*, lignes 30-31) et une évaluation conclusive personnelle (*c'était c'était mou tu vois ? on s'est quitté un peu comme ça*, ligne 31). Il est intéressant de noter qu'elle s'adresse alors directement au superviseur en utilisant le pronom « tu », recadrant aussitôt la suite du tour de parole dans la situation interactionnelle de la supervision. Cette bascule rapide de cadres interactionnels est une fois encore soulignée par l'usage de pronoms qui désignent les énonciateurs spécifiques aux différentes situations (clinique et de supervision). La clôture de la séquence est alors effectuée par la thérapeute, qui recourt pour la première fois à un DRS dont elle est elle-même l'énonciatrice et qui présente son alignement sur la décision du patient ; le contraste de volume et le marqueur de désimplication (*bon*, ligne 33) indiquent pourtant une désaffiliation de la thérapeute à cette décision :

32 S hm hm
 33 T °bon si vous voulez hm°

Le volume de la voix diminue, distinguant clairement ce DRS non seulement des autres discours rapportés antérieurs, mais encore des productions narratives précédentes. La forme des deux derniers tours de paroles sont typiques des séquences de clôtures de par leur brièveté, le volume diminué et leur contenu à valeur conclusive signifiée par les termes « *bon* » et « *hm* ». La suite de la supervision reprend une forme narrative qui est centrée sur les faits survenus récemment lors de sa ré-hospitalisation et des facteurs de rechute (hors transcription).

Cet extrait donne à voir l'évocation de la situation clinique dans la situation de supervision par les changements de cadres interactionnels. Plusieurs formes de discours rapportés sont utilisées par la thérapeute pour rendre compte d'évènements survenus dans le passé : les discours rapportés directes (DRS), indirectes (IRS) et les discours hypothétiques passés (HPS). De plus, les discours rapportés sont utilisés, d'une part, pour produire non seulement des descriptions fines d'évènements survenus dans la situation clinique et, d'autre part, pour mettre en lumière les postures des interactants dans cette même situation de référence. Dans l'exemple ci-dessus, la posture affective du patient est donnée par un DRS (*non si c'est comme ça j'dormirai mieux à la maison*, ligne 25) et par les HPS (*il a pas dit euh vous êtes nulle il a pas dit: euh j'veais voir ailleurs c'est mieux*, lignes 30-31) ; ces deux énoncés du patient, simulés par la thérapeute pour la compréhension du superviseur, ont été soutenus par des commentaires évaluatifs qualifiant la posture supposée du patient comme étant de la colère (lignes 19 et 21), du désespoir, du désappointement ou de la résignation (lignes 23-24), un vide (ligne 28) et dans un qualificatif endossé par la thérapeute comme « *mou* » (ligne 31). Les discours rapportés sont également mobilisés en tant que ressources langagières pour signifier la posture des thérapeutes. Dans cet extrait analysé, la posture de la thérapeute est rendue manifeste à deux reprises :

- Une première fois dans la première partie de l'extrait : tout d'abord, lorsque la thérapeute évalue le fonctionnement cognitif du patient (*d'une pauvreté émotionnelle*, ligne 9) ; la formulation exclamative indique une implication émotionnelle de sa part ; puis, lorsqu'elle décrit son ennui dans les entretiens avec le patient (*les entretiens qui m'ennuient vraiment ça m'ennuie*, ligne 10) ; l'usage du terme « *ennui* » deux fois, la deuxième de manière accentuée.

- Une seconde fois dans la dernière partie de l'extrait : la formulation du DRS final (*bon si vous voulez hm*, ligne 33) révèle une posture résignée de la thérapeute face la volonté du patient de quitter l'hôpital ; cette posture est rendue manifeste par le contenu lexical de l'énoncé qui abandonne la décision au patient, ainsi que par le volume bas de la voix qui signifie une posture basse face à l'insistance du patient et l'usage du terme (*bon*) indiquant une forme de désimplication.

Du point de vue de la dynamique interactionnelle, le superviseur s'ajuste au discours de la thérapeute en prenant une posture de soutien à la narration et une posture collaborative dans la construction d'un sens ou d'une interprétation. Cet extrait représente bien la manière dont les thérapeutes convoquent la situation clinique dans la supervision par les discours rapportés. Dans les autres séquences de la collection, les postures endossées par les patients et les thérapeutes dans le cadre interactionnel clinique se donnent à voir également par des mentions explicites des émotions ressenties ou par des pensées rapportées. Les exemples subséquents viennent compléter l'analyse de l'extrait précédent.

Dans l'extrait suivant, la thérapeute ouvre une séquence de travail sur la relation thérapeutique avec un patient dont elle n'a plus de nouvelles depuis plusieurs semaines. Elle évoque son inquiétude (hors transcription) et décrit le dernier entretien lors duquel elle a confronté le patient dans son fonctionnement psychologique. L'extrait débute avec un commentaire de la superviseure :

TA3a (01:50 – 05:58)

1 S en tous cas faut revenir [sur pourquoi vraiment il est pas: il est pas venu&
 2 T [ouais
 3 S &il t'a pas appelée: euh(.)vraiment INSISTER qu'c'est un espace pour lui:
 4 T et pis après là quand même avec lui au niveau relationnel euh(.)j'sais pas
 5 comment dire j'ai quand même eu l'impression alors j'sais pas si séduction
 6 c'est b- c'est l'bon mot mais que: un peu comme si moi il m'idéalisait un
 7 petit [peu: par rapport à sa femme avec qui euh avec qui justement il peut&
 8 S [hm hm
 9 T &pas parler comme ça↑
 10 S hm hm
 11 T euh et pis c'est pas la première fois qu'j'ressens ça où il le dit un petit
 12 peu à demi-mot et pis là l'autre fois euh il est re- il est revenu là-dessus
 13 il est re- revenu aussi par rapport aux relations sexuelles avec sa femme
 14 S hm hm
 15 T et c-c'est assez compliqué dans l'intimité
 16 S hm hm

Au début de l'extrait, la superviseure s'oriente vers une activité de préparation des interventions futures en suggérant d'élucider avec le patient les raisons de son absence et de son silence (lignes 1-3). La thérapeute ne s'aligne pas sur cette proposition en effectuant une transition topicale vers les enjeux relationnels qu'elle tente d'identifier (*et pis après là quand même avec lui au niveau relationnel*, ligne 4). Elle évoque une « *impression* » (ligne 5) que l'on peut considérer comme une pensée rapportée en ce qu'elle comporte des réflexions personnelles à propos du patient et de son investissement affectif avec elle (*j'sais pas si séduction c'est l'bon mot mais que un peu comme si moi il m'idéalisait un petit peu*, lignes 6-7). Ses énoncés indiquent un tâtonnement réflexif visible par les hésitations qu'elle formule à propos du sens à donner à cette impression (*je sais pas comment dire*, lignes 4-5 ; *j'sais pas si [...] c'est l'bon mot*, lignes 5-6 ; *un peu comme*, ligne 6), l'usage du conditionnel (*comme si moi il m'idéalisait*, ligne 6) et des termes qui atténuent l'impact de l'hypothèse de la séduction (*un*

peu, ligne 6 ; *un petit peu*, ligne 7). Elle étaye ensuite son raisonnement en utilisant le registre des sensations pour décrire son impression vague (*c'est pas la première fois que je ressens ça*, ligne 11) et glisse progressivement dans un registre des sensations et des enjeux relationnels :

17 T euh(.)et finalement j'ét- y a une ou deux fois comme ça où moi j'me suis
 18 sentie un peu mal à l'aise avec lui parce que justement j'pense j'ai dû
 19 sentir un côté un peu:
 20 S hm hm↓(..)un peu DRAGUE comme ça↑
 21 T alors(.)au- j- s- alors c'est pas d'la drague ouverte parce [que-
 22 S [ouais ouais
 23 mais j'vois bien comment il peut faire↓ moi aussi j'ai eu c'sentiment

La thérapeute décrit son malaise (*moi j'me suis sentie un peu mal à l'aise avec lui*, ligne 17) et, alors qu'elle hésite encore à qualifier le comportement du patient (*j'pense j'ai dû sentir un côté un peu*, lignes 18-19), la superviseure recycle l'hypothèse de la séduction (*un peu drague comme ça ?*, ligne 20). Elle formule sa proposition en première partie d'une paire adjacente, en accentuant le terme « *drague* ». Cette proposition franche et directe de la superviseure tranche avec les hésitations de la thérapeute ; cette situation semble permettre à celle-ci de nuancer l'interprétation d'un enjeu relationnel problématique pour la thérapie (*alors c'est pas d'la drague ouverte*, ligne 21). La superviseure montre un ajustement de son activité, adaptant pas à pas ses interventions au processus réflexif de la thérapeute. Dans la première partie de l'extrait, après ne pas avoir été suivie dans sa proposition de préparer des interventions auprès du patient, la superviseure s'est alignée sur la démarche d'explicitation des enjeux relationnels perçus par la thérapeute en produisant principalement des continueurs vocaux (*hm hm*, lignes 8,10,14,16). La deuxième partie de l'extrait dénote un positionnement plus actif de la superviseure. Elle s'aligne fortement sur l'hypothèse de la séduction proposée par la thérapeute (*ouais ouais mais j'vois bien comment il peut faire*, lignes 22-23) en réduisant d'emblée les nuances à peine initiées par la thérapeute. Puis, elle enchaîne aussitôt avec une affiliation au sentiment de la thérapeute de manière explicite (*moi aussi j'ai eu ce sentiment*, ligne 23) ; elle fait référence à une période où elle était elle-même la thérapeute de ce patient-là. Cette affiliation est suivie d'une avancée dans le processus d'élaboration conjointe d'une compréhension des enjeux relationnels entre la thérapeute et le patient. Dans les minutes suivantes (hors transcription, lignes 25-73), le tandem analyse les comportements du patient au prisme de ses épisodes de dépression et du jeu de rôles effectué lors de la dernière séance de thérapie. Au terme de l'analyse conjointement menée, la thérapeute formule un long énoncé conclusif qui reprend ses propres pensées à l'issue de la dernière séance à propos des enjeux relationnels avec le patient :

TA3a_séduction (05:34-05:58)

74 T et pis il m'semblait qu'il avait percuté un petit↑ peu alors OUAIS j'me suis
 75 dit soit finalement c'est c'est c'était confrontant↑soit en fait dans le lien
 76 avec moi y a p't'être aussi quelque chose qui euh (2.5) finalement où il doit
 77 s'impliquer plus↑ où il se sent plus proche pis c- c'est compliqué↑
 78 S hm hm
 79 T euh↓j'me suis aussi dit p't'être ce mode un peu séduction c'est une DÉFENSE
 80 S hm hm↓

Les pensées rapportées de la thérapeute, visibles dans le dernier tour de parole de cet extrait, plonge la superviseure dans la réflexion de la thérapeute au moment-même de la thérapie (*pis il m'semblait qu'il avait percuté ; j'me suis dit*, lignes 74; *j'me suis aussi dit*, ligne 79). Cette

explicitation du discours interne de la thérapeute détaille l'analyse clinique telle qu'elle l'avait formulée initialement. Il s'ensuit une activité d'enseignement, dirigée par la superviseuse sur les mécanismes de défense psychologiques. Le tandem a fait une longue incursion dans le cadre interactionnel clinique au moyen de ressources interactionnelles multimodales, comme les pensées rapportées, visibles dans cet extrait, et dans une activité de renseignement sur le topic du lien thérapeutique, de l'affectivité de la thérapeute et des enjeux relationnels avec le patient.

Les deux extraits ci-dessus présentent le phénomène d'emboîtement du cadre interactionnel clinique dans l'interaction de supervision au moyen des discours rapportés des thérapeutes. L'analyse des données révèle que les tandems recourent parfois à d'autres situations cliniques que celles qui constituent l'objet premier de la supervision. L'extrait suivant présente l'emboîtement d'une situation clinique issue de l'expérience du superviseur et non celle du thérapeute.

Après une dizaine de minutes de travail sur la relation thérapeutique, la séance de supervision touche à sa fin avec un énoncé conclusif formulé par le superviseur. Divers signes de pré-clôture apparaissent, tels que l'énoncé conclusif lui-même (lignes 1-5), la validation brève de la thérapeute et les signes d'épuisement topical (diminution du volume, intonations descendantes, ligne 6) auxquels s'ajoutent des indices gestuels (ferme ses dossiers et les pose sur la table, ligne 7-12). Le superviseur se désaligne néanmoins et effectue une transition en ouvrant un nouveau topic, celui du cas d'une de ses patientes dont il semble déjà avoir parlé avec la thérapeute :

TF3a (39:03-56:21)

1 S NON mais elle a pas besoin on a pas besoin qu'elle reconnaisse tout↑ on a
 2 juste besoin qu'elle soit d'accord avec le fait que par exemple si tu poses
 3 ton cadre de psychothérapie euh: une ou deux fois par SEMAINE↑ tu tu:(.)une
 4 des conditions!le jour où elle décide d'arrêter↑ c'est minimum quatre
 5 entretiens pour euh: être sûr que c'est euh: une bonne décision↓
 6 T °hm hm↓ +ouais↓°
 7 +ferme ses dossiers et les pose sur la table----->
 8 S la patiente là: +dont je te parlais là::(inaud)euh: à chaque entretien↑ elle
 9 +s'avance sur son fauteuil
 10 voulait plus jamais revenir↓
 11 T fah ouais↑f
 12 ----->+ regarde le superviseur
 13 S +et et:
 14 +s'avance sur le bord avant de son fauteuil et pose ses dossiers sur la table
 15 T finalement t'avance comme ça petit à petit↑

Le superviseur initie une nouvelle étape de la supervision en convoquant deux situations passées, celle d'un échange avec la thérapeute plus tôt dans la séance en cours (*la patiente dont je te parlais là*, ligne 8) et celle d'une patiente en thérapie avec lui-même (*à chaque entretien elle voulait plus jamais revenir*, lignes 8-10). Il s'avance sur son fauteuil manifestant ainsi un appel d'attention. La thérapeute s'aligne de manière multimodale sur cet appel : elle répond en riant et formule un topicalisateur (*ah ouais ↑*, ligne 11) en terminant son mouvement de rangement des dossiers sur la table pour regarder le superviseur (ligne 12). Dans une continuité fluide (sans chevauchement, ni interruption), les productions de chaque interactant contribuent à la transition topicale. Le superviseur développe un récit de la posture émotionnelle de sa patiente et de sa propre posture thérapeutique en réponse à la première

partie d'une paire adjacente de la thérapeute (*finalement t'avance comme ça petit à petit †*, ligne 15) :

16 S et moi j'ai j'ai pendant super longtemps† je faisais ce que tu faisais† et je
 17 je je et j- et pis elle se sentait accusée: euh: euh(.) responsable de tout:
 18 euh:(3.0) je pense que c'était JUSTE† et pis en même temps euh je sais PAS(.)
 19 °peut-être que je ferais un petit peu différemment°
 20 T mais qu'est ce qui a fait que ça a pu changer au bout d'un moment
 21 S ouais::° je sais pas si ça a tellement changé° (2.0)
 22 le: la permanence [du LIEN quand même(.) le fait que: elle parte en claquant&
 23 T [c'est ça ouais↓
 24 S &la porte et que je lui dise†(.) à [la semaine prochaine
 25 T [ouais(.) ça c'est ouais(.) fc'est ça f

Le récit du superviseur comporte une mise en intrigue qui se dessine au moyen de longues pauses (lignes 18 et 21) et une fin de tour marquée par une sorte de doute verbalisé, énoncé avec un volume diminué (*euh je sais pas, peut-être que je ferais un petit peu différemment*, lignes 18-19). La thérapeute relance alors le récit par une question centrée sur l'action thérapeutique qui a permis d'induire un changement dans la posture de la patiente (ligne 20). Le superviseur semble retenir le développement d'une réponse concrète en recyclant sa posture hésitante dans la première partie de sa réponse (*ouais, je sais pas si ça a tellement changé*, ligne 21). Malgré la longue pause, la thérapeute ne saisit pas l'occasion de prendre son tour et laisse le superviseur s'auto-sélectionner et produire la réponse à la question (*la permanence du lien quand-même*, ligne 22). Le terme « lien » est prononcé avec une accentuation et est ponctué d'une micro pause qui suit directement l'alignement en chevauchement de la thérapeute (*c'est ça ouais*, ligne 23). Le superviseur développe ensuite le concept du lien par un exemple concret (*le fait qu'elle parte en claquant la porte et que je lui dise † à la semaine prochaine*, lignes 22-24). L'apogée du récit se situe à cet instant précis, alors que le superviseur formule un discours rapporté, introduit par une clause de cadrage (*que je lui dise*, ligne 24) suivi aussitôt du contenu de l'énoncé adressé à la patiente (*à la semaine prochaine*). La thérapeute s'aligne fortement à cette explication (*ouais ça ouais c'est ça*, ligne 25) ; le rire et le chevauchement de tours indiquent une affiliation de la thérapeute à la posture énoncée par le superviseur. L'interaction se poursuit par le développement topical du lien thérapeutique :

26 S et pis que je suis pas si euh horrible que ce qu' [elle projette sur NOUS
 27 T [°ouais↓ ouais↓ hm↓° (1.0)
 28 S bein j-j'crois que c'est c'est la question ouais de(.) de: (0.3) euh
 29 l'ACCEPTATION de: des projections négatives qui sont vraiment: très
 30 [très importantes↓
 31 T [hm hm↓ hm hm†
 32 S CA PEUT d'ailleurs être une façon d'être empathique pour ELLE†
 33 T °hm hm↓ d'accepter°
 34 S de se dire que(.) ce que toi tu vis LA comme projection: cette INTENSITE
 35 l'AGRESSION†=
 36 T =°.hhouais† [xxx°
 37 S [qui est vraiment assez VIF hein† ça c'est ce qu'elle s'inflige
 38 tout le TEMPS

Le superviseur mène une activité d'enseignement des mécanismes de projection de sa patiente (lignes 26-30) et de la posture thérapeutique d'acceptation des projections (ligne 29). Les signes d'alignement de la thérapeute (lignes 27 et 31) et les chevauchements non compétitifs (lignes 27-31) indiquent que l'activité en cours est conjointement menée. Le superviseur donne alors la réponse à la question posée par la thérapeute en ligne 20 (*bein j'crois que c'est la*

question de l'acceptation des projections négatives, lignes 28-29). L'énoncé conclusif comporte une proposition au problème rencontré par la thérapeute avec sa propre patiente (traité lors du travail sur la relation thérapeutique précédent l'extrait, hors transcription). Pour signifier le lien logique entre l'histoire narrée par le superviseur et la situation clinique de la thérapeute, le superviseur recourt à des ressources langagières spécifiques :

- Un énoncé conclusif synthétique qui lie son expérience narrée avec celle de la thérapeute (*ÇA PEUT d'ailleurs être une façon d'être empathique pour ELLE*, ligne 32). Les accentuations augmentent le statut important de cet énoncé, soulignant ce qui est à retenir ; « ça » étant l'anaphore qui recycle l'acceptation des projections négatives et « elle » qui se réfère à la patiente de la thérapeute.
- Une accentuation des mots recyclés du travail sur la relation entre la thérapeute et sa patiente (intensité, agression, vif, temps).

Cet extrait est emblématique des séquences de la collection qui comporte l'évocation d'une situation clinique issue de l'expérience d'un superviseur.

5.4.2.2. Emboîtement du cadre interactionnel privé

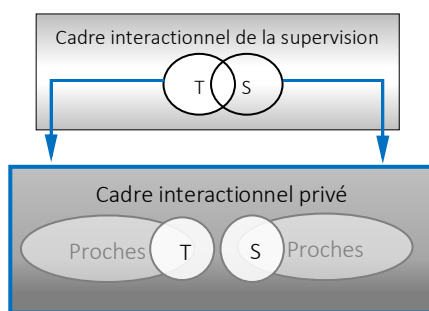


Figure 12: Emboîtement du cadre interactionnel privé

Le phénomène d'emboîtement d'une situation de référence au cœur du travail sur la relation thérapeutique revêt, dans certain cas, une dimension privée. Les échanges à propos de la relation thérapeutique convoquent parfois des événements survenus dans la sphère privée du thérapeute ou du superviseur (figure ci-contre). Nous présentons ci-dessous une séquence qui montre comment une thérapeute utilise sa propre histoire pour accompagner son patient dans ses inquiétudes face aux parents vieillissants. La séquence survient après vingt-six minutes d'une supervision où la thérapeute décrit les derniers événements survenus dans la thérapie. Au moment où elle retrace le début du dernier entretien avec son patient, elle évoque le décès de son grand-père.

TB3b (26:25 - 32:55)

- 1 T pis au fait comme on parlait de ça: et du fait que j'avais pas eu le temps
 2 d'appeler de nouveau: heu sa mère et t-ça:bein en fait je l-j'lui ai dit en
 3 fait que mon grand-père est décédé heu:
 4 S OH: je suis désolée=
 5 T =mais à nonante sept ans(.)mais le premier juin le lendemain où on s'est vu↑
 6 mon grand-père est décédé .hh heu:[XX
 7 S [XX mais vous saviez qu'il (inaud)

Le premier tour de parole de l'extrait met en évidence le travail de renseignement de la situation clinique. La thérapeute décrit l'échange verbal avec son patient de manière narrative (*comme on parlait de ça d et du fait que j'avais pas eu le temps d'appeler de nouveau sa mère*, ligne 1-2) et en recourant au discours rapporté indirecte (*j'lui ai dit en fait que mon grand-père est décédé*, ligne 3). La superviseure manifeste de la surprise à cette nouvelle information qui concerne la sphère privée de la thérapeute et exprime son empathie par une exclamation (*OH, je suis désolée*, ligne 4). Par sa prise de tour sur cette information personnelle, la superviseure topicalise le décès du grand-père et change de cadre interactionnel de référence, de la situation

clinique à la vie privée de la thérapeute. La thérapeute s’aligne et enchaîne rapidement en précisant l’âge de son grand-père (ligne 5). Après une micro-pause, elle contextualise l’évènement par rapport à la dernière séance de supervision (*mais le premier juin le lendemain où on s’est vu, mon grand-père est décédé*, ligne 5-6). Il s’ensuit une phase narrative en réponse à la question de la superviseure, durant laquelle la thérapeute évoque les obsèques (hors transcription). Puis, spontanément, elle effectue un changement de cadre interactionnel de référence en revenant à la situation clinique, mise entre parenthèse depuis la ligne 2 :

44 T c’était on a beaucoup de chance et pis c’était aussi très émouvant parce que
 45 c’était quand même justement cette figure de patriArche aussi qui qui:
 46 disparaissait°et tout ça pis bein°j’m’étais dit est-ce que j’avais lui en parler
 47 ou pas -fin: euh: aussi parce que j’avais pas eu le temps de faire ce que j’étais
 48 censée faire† pis là comme on parlait de la vieillesse*j’me suis dit bon bein
 49 je vais quand même utiliser ça pour euh: pour euh: bein voilà pour le
 50 sensibiliser au fait que les gens qu’on aime partent et que: on s’effondre pas:
 51 S et que la vie [continue euh

La bascule de cadres interactionnels s’effectue grâce à une pensée rapportée (*j’m’étais dit est-ce que j’avais lui en parler ou pas*, ligne 46), introduite par des indices de transition typiques des marqueurs de discours rapportés : baisse du volume précédant la pensée rapportée (*et tout ça pis bein*, ligne 46). Elle recycle des éléments de la situation clinique évoquée précédemment, le fait de n’avoir pas eu le temps d’appeler la mère du patient (ligne 2), offrant ainsi à la superviseure les clés de compréhension du retour à la situation de référence initiale. Elle continue ensuite sur le thème de la vieillesse des parents abordée dans l’entretien thérapeutique (*pis là comme on parlait de la vieillesse*, ligne 48), utilisant le pronom « on » pour désigner le patient et elle-même. Une deuxième pensée rapportée complète l’activité de renseignement de la situation clinique (*j’me suis dit bon bein je vais quand même utiliser ça pour le sensibiliser au fait que [...]*, lignes 49-50). La superviseure s’aligne au changement de cadre interactionnel de référence et complète l’énoncé initié par la thérapeute (T : [...] *qu’on s’effondre pas – S : et que la vie continue*, lignes 50-51). La collaboration dans l’activité de supervision se donne clairement à voir par le phénomène de complétion et les marques d’alignement topical successives. La thérapeute part, après cela, sur une description de l’évènement interactionnel consécutif à l’annonce à son patient du décès de son grand-père :

52 T [voilà:°qu’on s’effondre pas et tout ça° et je lui ai dit j’ai
 53 pas eu le temps de faire ce que je voulais†parce que voilà malheureusement mon:
 54 j’ai dû aller à l’enterrement de mon grand-père†et du coup il a été très touché
 55 hein c’était chou parce que il a il a: il a dit ah mais je suis désolée et pis
 56 t’ça mais heu j’ai senti vraiment heu que ça le: il était très touché†et après
 57 en voyant que justement que je: bein je racontais un peu je rationalisais†ça
 58 le ça le: ça l’a rassuré du coup†sur sur ma stabilité

Elle recourt au discours rapporté direct pour citer ce qu’elle a dit au patient (*je lui ai dit j’ai pas eu le temps de faire ce que je voulais*, lignes 52-53) et pour décrire la réaction du patient (*il a dit ah mais je suis désolé*, ligne 55). Cette deuxième citation est utilisée pour rendre compte de la chaleur de ses échanges avec le patient, et cela occupe une place centrale dans le discours de la thérapeute. Elle encadre la citation par un commentaire évaluatif (*il a été très touché hein c’était chou*, lignes 54-55) et l’expression d’un sentiment personnel (*j’ai senti vraiment que ça le il était touché*, ligne 56). Elle précise ensuite l’effet de son dévoilement personnel sur le patient (*ça l’a rassuré du coup sur ma stabilité*, ligne 58). Dans la portion non transcrite qui suit ces extraits, la thérapeute tisse, par un récit narratif, les liens entre son histoire et celle du

patient. Elle termine son récit par un commentaire synthétique sur l'intention thérapeutique de sa démarche en utilisant la pensée rapportée comme témoin de sa démarche :

86 T donc voilà on a un peu discuté je me suis dit que:(.)voilà↑que c'était comme
 87 une manière de: d'apporter quelque chose de:(.)à sa réflexion sur la vieillesse
 88 et puis euh:
 89 S je pense que c'est bien parce que tout ce que tu: tu as fait là avec lui↑ c'est
 90 que(.)de parler des étapes à venir↓d'atten:te de voya:ges des cou:rses de
 91 maman: de(.)donc c'est c'est des étapes de vie à venIR c'est tout dans la
 92 réflexion préparation là-dessus↑et: moi je trouve c'est excellent↑
 93 EXCELLENT(2.0)

La superviseure conclut la séquence par un commentaire évaluatif positif qui reprend les divers éléments de la problématique du patient dans la gestion des étapes de sa vie, faisant référence à des phases de la supervision (hors transcription).

5.4.2.3. Emboîtement du cadre interactionnel de la supervision

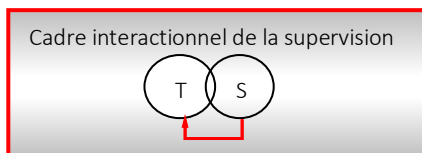


Figure 13: Emboîtement du cadre interactionnel de la supervision

L'analyse du phénomène d'emboîtement dans les interactions de supervision révèle que les tandems recourent non seulement à des situations interactionnelles exogènes à la supervision (cliniques ou privées) mais également à des situations endogènes. La collection de données comporte des séquences qui présentent la particularité d'analyses rétroactives de discours survenus au

cours de la supervision elle-même. La référence à des échanges ayant déjà eu lieu dans la supervision peuvent être largement déployés ou fugaces, comme dans l'extrait TF3a ci-dessus. Pour rappel, le superviseur initiait une séquence dans laquelle il partageait une expérience issue de sa propre pratique clinique afin d'enseigner à la thérapeute des stratégies pour faire face à l'agressivité d'une patiente. L'ouverture de cette séquence a été formulée en faisant référence à un échange survenu plus tôt dans la supervision :

S la patiente là: +dont je te parlais là::(inaud)euh: à chaque entretien↑ elle
 +s'avance sur son fauteuil
 voulait plus jamais revenir↓
 T εah ouais↑ε

Le superviseur recourt à des procédés langagiers signifiant à la thérapeute qu'il change le cadre interactionnel de référence qui était mobilisé jusqu'alors. Il indique que la patiente, sujette de son énoncé, n'est pas celle dont il a été question dans les tours précédents. Il souligne par deux fois un terme temporel, différent de celui de l'instant de l'interaction (*la patiente là dont je te parlais là*) ; l'élongation vocale donnée à ce terme attire l'attention du destinataire sur le cadrage de l'énoncé à venir. Le pronom « elle » ne représente plus la patiente de la thérapeute mais celle du superviseur (*la patiente là dont je te parlais*). L'analyse séquentielle de la supervision entière permet de resituer l'évènement conversationnel auquel il fait référence à cet instant précis ; démarche inutile pour la thérapeute qui s'aligne aussitôt à cette proposition topicale sans demander d'informations supplémentaires sur « cette patiente-là ». Au contraire, elle valide l'activité initiée par le superviseur, le récit d'une expérience vécue dans une situation clinique personnelle, et invite son développement en formulant une première partie de paire adjacente.

Les superviseurs mobilisent parfois de manière plus détaillée les échanges survenus plus tôt dans la séance de supervision, rapportant des discours dans le présent interactionnel du travail de supervision. L'extrait ci-dessous montre ce phénomène présent dans différentes séquences de la collection des données ; il ajoute également un exemple d'évocation du cadre interactionnel privé. Pour rendre compte de la complexité de l'emboîtement de plusieurs cadres interactionnels, nous présentons la trajectoire des éléments recyclés dans le discours rapporté du superviseur. L'analyse se déploie donc sur des extraits significatifs de l'ensemble de la séquence TD2a (12:46-30:12). Pour faciliter la compréhension de la dynamique séquentielle de l'analyse, nous avons conservé la numérotation des lignes de la transcription originale et indiqué les balises temporelles de chaque extrait ; les parties non transcrites sont explicitées de manière narrative entre les extraits analysés. La séquence s'ouvre avec la présentation d'une patiente que le thérapeute suit depuis deux ans pour un burn out (hors transcription). Le premier extrait débute avec une question du superviseur qui vise à obtenir des informations sur le programme thérapeutique de la patiente :

TD2a (13:38-14:18)

22 S =hm pis elle a fait les groupes alors: complètement↑
 23 T elle a fait les groupes burn out↑elle- je crois pour des raisons
 24 professionnelles elle a pas fait celui du mercredi mais elle a fait très
 25 sérieusement le groupe du lundi↓(.)je vais commencer par les- par les
 26 résonnances parce que parce que c'est une patiente que je pourrais m'endormir
 27 à chaque séance quoi↓
 28 S ouais
 29 T j'ai des coups de p- je peux pas la voir le matin à dix heure ou l'après midi
 30 juste après le repas parce que d'abord je croyais que c'était ça↓
 31 S hm
 32 T je la voyais souvent en début d'après-midi et je me disais bon ça va je suis
 33 en train de digérer mais en fait NON↓ je suis↓ avec elle avec elle je
 34 pourrais m'endormir vraiment↓ je +pourrais=
 35 +signe de la main de se coucher
 36 S =ouais=
 37 T =incroyABLE et du coup j'essaie de remettre ça dans la discussion hh
 38 S ouais↑
 39 T je sais une fatigue quoi voilà et pis elle elle c'est INCROYABLE↓ et je
 40 m'ennuie beaucoup↓

Le thérapeute renseigne le superviseur (lignes 23-25) et explicite le topic central de sa présentation, après une courte pause qui marque l'importance de l'énoncé suivant (*je vais commencer par les résonnances parce que c'est une patiente que je pourrais m'endormir à chaque séance quoi*, lignes 26-28). Le superviseur s'aligne aussitôt et produit des continueurs (lignes 28, 31, 36, 38) invitant le thérapeute à développer sa description du phénomène. Ce dernier fournit des informations factuelles de ses comportements (*je peux pas la voir le matin à dix heures*, ligne 29 ; *je la voyais souvent en début d'après-midi*, ligne 32 ; *du coup j'essaie*, ligne 37) et de sa posture (*avec elle je pourrais m'endormir*, ligne 34 ; *je m'ennuie beaucoup*, ligne 40). Il formule une pensée rapportée qui indique au superviseur qu'il a déjà tenté de donner un sens pragmatique à sa difficulté (*je me disais bon ça va je suis en train de digérer*, lignes 32-33) mais que sa difficulté persiste et qu'elle semble lui poser problème, signifié par l'usage à deux reprises et de manière accentuée du terme « *incroyable* » (lignes 37, 39). Il s'ensuit une longue phase descriptive de l'histoire personnelle, au cours de laquelle le thérapeute évoque qu'il s'est néanmoins attaché à elle (lignes 62-64) :

54 T euh: elle a beaucoup voyagé↑euh mais c'est une femme qui est tout le temps en
 55 train de chercher ses °mots: précis machin tout° elle- je pense qu'on passe

56 dix minutes par séance à ce qu'elle finisse ses phrases en précisant: elle va
 57 lentement etcetera(2.0) c'est un suivi que j'ai fait un peu du bout des lèvres
 58 parce que je veux dire bon↓ je propose à mes patients burn out qui viennent de
 59 l'extérieur d'être suivi aussi en individuel pour renforcer↓ donc je l'ai
 60 fait aussi avec ELLE↓ donc je l'ai fait de façon sérieuse mais en me disant
 61 bon bein vu que je peux la renvoyer à sa psychologue je la renvoie à sa
 62 psychologue↑ mais c'est vrai que je dois avouer que c'est quand-même
 63 quelqu'un avec qui maintenant je me suis aussi attaché c'est une femme qui a
 64 aussi des côtés aussi très attachants: euhm: au niveau de sa vie familiale↑
 65 c'est quelqu'un qui- sa sa mère était bipolaire

L'activité de renseignement se poursuit sur la vie familiale de la patiente. Puis, alors que le thérapeute ouvre une nouvelle dimension de la vie de la patiente (ses difficultés dans l'activité professionnelle), le superviseur l'interrompt en formulant un commentaire évaluatif :

(21:29-:21:57)

185 T [...] j'ai essayé de l'amener là-dessus à un moment donné↑ elle semblait assez
 186 prendre l'idée que ce soit une chose assez similaire aussi au niveau
 187 [du:
 188 S [mais qu'est-ce qui(.) parce que c'était intéressant tu as commencé par dire
 189 qu'elle t'ennuyait mortellement que tu t'endormais↑ et puis après tu as dit
 190 que t'étais très attaché à elle↓
 191 T OUI parce que progressivement↑ je pense que ce qui s'est passé c'est que:
 192 parce que- elle↑ là où elle est incroyable cette femme c'est que elle fait de
 193 l'économie↑
 194 S oui
 195 T plutôt quantitative à la base en fait (inaud)
 196 S hm
 197 T et puis↑ le truc↑ et ça ressort tout le temps↑ elle fait des: partout où elle
 198 est allée dans le monde↑ elle a fait des cours pour être clown↓

L'interruption se fait par un désalignement à l'activité de renseignement en cours (*mais qu'est ce qui*, ligne 188) en chevauchement compétitif au tour du thérapeute et qui ne s'inscrit pas dans la continuité syntaxique de l'énoncé précédent. Après une hésitation sur la forme du commentaire, interrogative puis évaluative, le superviseur énonce son intérêt et recycle deux thèmes liés à la posture du thérapeute à l'égard de sa patiente (l'ennui et l'attachement). Il recourt au discours rapporté indirect (IRS) par deux fois, signifiant deux moments distincts de la supervision (lignes 188-190). Les deux IRS peuvent ainsi être découpés comme suit :

- *tu as commencé par dire qu'elle t'ennuyait mortellement que tu t'endormais ↑*
- *et puis après tu as dit que t'étais attaché à elle ↓*

La forme des IRS est typique :

- une clause de cadrage introduit les citations du thérapeute (*tu as commencé par dire ; et puis après tu as dit*)
- la citation est formulée selon les propres mots du locuteur, ne reprenant pas strictement tous les termes du thérapeute (e.g. le thérapeute n'a pas utilisé la notion « *mortellement* » dans sa description initiale).

Ce tour de parole sort le tandem du présent pragmatique et le projette dans un passé récent. Le superviseur impose de manière abrupte un commentaire qui relie deux éléments du contenu discursif du thérapeute, les présentant de manière contiguë dans un même énoncé. Cette formulation produit un effet de contraste concernant la posture du thérapeute, qualifié par le superviseur d'« *intéressant* » (ligne 188). L'hésitation du superviseur quant à la forme de son énoncé, interrogative ou évaluative, mérite un travail analytique en relation avec l'activité

déployée dans les tours suivants. La forme interrogative (*mais qu'est-ce qui*) ouvre une question de causalité qui attend une réponse, alors que la forme évaluative (*c'était intéressant*) ne préfigure pas une suite spécifique. La structure du tour suivant indique également des hésitations de la part du thérapeute. Il commence par répondre en forme de seconde partie de paire adjacente (*oui parce que progressivement*, ligne 191), s'alignant sur le premier mouvement du superviseur. Il s'apprête à décrire « *ce qui s'est passé* », formulant son énoncé en continuité de la forme interrogative initiale du superviseur. Il interrompt sa réponse sur le processus factuel de l'évolution de sa posture et oriente le topic sur l'originalité contrastive de la patiente (économiste et clown) qui répond à la deuxième partie de l'intervention du superviseur. Il qualifie le profil de la patiente comme « *incroyable* » (ligne 192) et détaille ensuite les éléments qui alimentent les raisons de son attachement. L'analyse séquentielle de ces deux tours de parole révèle une sorte de miroir structurel qui nous semble indiquer quels sont les efforts du thérapeute dans l'élaboration d'une compréhension commune. Le travail collaboratif se poursuit dans la suite de la supervision. Pas à pas, le tandem construit du sens autour de ce contraste, rendu visible par la mise en abyme soulignée par le superviseur sur les contradictions du thérapeute au début de la supervision.

Suite à son intervention, le superviseur reprend une posture de soutien à l'explicitation du thérapeute en formulant des continueurs (lignes 194, 196), ce qui amène le thérapeute à développer une description élargie de la patiente (hors transcription). L'extrait suivant donne à voir ce travail d'élaboration du sens concernant la posture ambivalente du thérapeute, entre ennui et attachement :

(23:43-24:23)

244 T vraiment comme elle décrit les choses↓ et puis toujours de façon imagée donc
 245 elle arrive avec des gens: pis elle me dit ouah: elle avait une ancienne
 246 collègue pour qui c'était aussi compliqué qu'elle appelait:euh:la reine de
 247 Louis la femme de Louis seize c'était:
 248 S Marie Antoinette↑ouais
 249 +sourit
 250 T elle l'appelait Marie Antoinette↓bein bon↓ dans nos séances on parle de la
 251 tornade et de Marie Antoinette
 252 S +hein hein
 253 +hoche la tête et sourit
 254 T du coup ça donne quelque chose d'un petit peu: créatif d'un peu fou que moi
 255 j'aime bien: en fait↓ et je pense c'est aussi ça qui me qui fait que j'arrive
 256 à ne pas m'endormir durant les séances↓hier j'ai pas du tout eu ça
 257 d'ailleurs↓
 258 S +bien
 259 +bouge énergiquement la tête
 260 T pas du tout justement↓ au contraire quoi↓ MAIS euh les autres séances↑ mais
 261 pis je te dis c'est quasiment systématique je PEUX te DIRE je dois me BATTRE
 262 pour ne pas fm'endormir quoif↓
 263 S hm

Le thérapeute rend visible pour le superviseur les facettes positives de la patiente qu'il apprécie (*ça donne quelque chose d'un petit peu créatif d'un peu fou que moi j'aime bien en fait*, lignes 254-255). Il évoque des séances de thérapie de manière vivante, avec un discours rapporté direct (*pis elle me dit ouah !*, ligne 254) et des anecdotes qui mettent en scène les échanges entre le thérapeute et sa patiente (*dans nos séances on parle de la tornade et de Marie-Antoinette*, lignes 250-251). Le superviseur soutient ce processus de manière multimodale par le biais d'interventions qui invitent au développement du thérapeute : il complète un énoncé du thérapeute (T : *la femme de Louis XVI c'était...* S : *Marie Antoinette ? ouais*, lignes 247-248) ;

il encourage l'activité du thérapeute verbalement (*hein hein*, ligne 252 ; *bien*, ligne 258 ; *hm*, ligne 263) et non verbalement (hoche la tête et sourit, ligne 253 ; bouge énergiquement la tête, ligne 259). Il valide spécifiquement par un commentaire évaluatif positif (*bien*, ligne 258), accentué par son mouvement de tête, lorsque le thérapeute identifie la raison pour laquelle il ne s'endort pas aux séances de thérapie (lignes 255-257). Cette observation semble découler du raisonnement explicite, car le thérapeute manifeste des signes d'une prise de conscience ([...] *j'aime bien en fait ! et je pense c'est aussi ça qui fait [...] hier j'ai pas du tout eu ça d'ailleurs*, lignes 255-257). Pourtant, le thérapeute reprend aussitôt une posture critique et recycle le thème de l'ennui lors des séances de thérapie (*c'est quasi systématique [...] je dois me battre pour ne pas m'endormir*, lignes 261-262). Dans ce tour de parole, le thérapeute donne à voir un désalignement à cette nouvelle version de la relation thérapeutique, en rompant brusquement avec la description des éléments positifs de son lien avec la patiente (*mais euh les autres séances*, ligne 260). L'usage du marqueur d'opposition « *mais* » et le verbe « *se battre* » (ligne 261), prononcés de manière accentuée, soulignent ce revirement. Quelques tours de parole suivants, le superviseur formule à nouveau un commentaire évaluatif qui souligne, cette fois, non pas les contradictions dans la posture du thérapeute (lignes 188-190) mais les facettes contrastées de la patiente.

(25:25-26 :20)

282 S ET CETTE DAME qui: c'est MARRANT parce que(..)cette dame elle a↑ tu dis↑ peu
 283 d'estime d'elle mê::me on peut imaginer qu'elle a peu d- qu'elle arrive à
 284 PRENDRE peu de place↑une sorte de petite souris: un peu ennuyeu::se coquette
 285 et pis↑(1.0)à l'intérieur d'elle y a une autre partie [ou quelque chose
 286 T [+hm hm
 287 +hoche la tête
 288 S d'autre↑(.)qui est RADICALEMENT à l'opposé↑et qui réveille LA VIE chez toi↓
 289 T oui oui [mais ça c'est:
 290 S [hein↑quand tu dis: elle donne des surnoms:c'est y a des discussions
 291 autour de ça: qu'elle est clown::n qu'elle te tou::che=
 293 T =ouais ouais
 294 S euh: mais c'est comme si finalement elle-même elle(.)elle arrive pas à: à
 295 prendre de l'ESPACE
 296 T c'est vrai

Le superviseur utilise à nouveau un discours rapporté dans lequel il énonce une description de la patiente faite par le thérapeute (*cette dame elle a tu dis peu d'estime d'elle-même*, lignes 282-283). Partant de ce DRS, il propose de lier les deux facettes de la patiente aux contradictions dans la posture du thérapeute :

- *la petite souris ennuyeuse coquette* (ligne 284) qui fait écho à l'ennui du thérapeute (*je m'ennuie beaucoup*, ligne 40)
- *à l'intérieur d'elle y a une autre partie [...] qui est radicalement à l'opposé et qui réveille la vie chez toi* (lignes 285-288) qui fait écho à l'attachement du thérapeute (*c'est une femme qui a aussi des côtés très attachants*, lignes 63-64 ; *quelque chose d'un petit peu créatif d'un peu fou que moi j'aime bien*, lignes 254-255).

Le thérapeute semble s'aligner sur cette proposition (*hm hm*, hoche la tête, lignes 286-287 ; *oui oui*, ligne 289) mais se désaligne aussitôt (*mais ça c'est*, ligne 289). Le superviseur ne lui laisse pas l'opportunité de continuer et reprend la parole à la suite de son propre tour précédent, en chevauchement compétitif (ligne 290). Il recourt une fois de plus aux discours rapportés (directs et indirects) pour rapporter des séquences discursives du thérapeute (*quand tu dis elle donne des surnoms, y a des discussions autour de ça, qu'elle est clown, qu'elle te*

touche, lignes 290-291). Ces discours rapportés semblent fonctionner comme un argumentaire issu des propos-mêmes du thérapeute, qui s'aligne ensuite effectivement (*ouais ouais*, ligne 293). Ayant obtenu cette validation, le superviseur enchaîne alors avec une hypothèse à propos du fonctionnement de la patiente (*mais c'est comme si finalement elle-même elle, elle arrive pas à prendre de l'espace*, ligne 294-295), recyclant un premier essai d'hypothèse (*on peut imaginer qu'elle a peu d- qu'elle arrive à prendre peu de place*, lignes 283-384). Cette proposition est validée par le thérapeute (*c'est vrai*, ligne 296) qui détaille ensuite le fonctionnement de la patiente dans son couple et sa difficulté à prendre sa place dans la famille (hors transcription). Le superviseur formule ensuite une longue synthèse de tous les éléments analysés en cours de supervision :

(28:22-30:05)

348 S pis l'autre chose moi qui me -fin qui moi m'intéresserait qui
 349 m'questionnerait j'pense si j'l'avais en thérapie!c'est finalement!quelle
 350 loyauté elle a! quand elle est tellement ennuyeuse!tu vois! c't'à-dire
 351 qu'elle est loyale à QUOI! à [+quelle histoire familiale!elle est loyale à&
 352 T +prend son cahier et écrit ----- >>
 353 S &QUI! quand elle est cette petite souris qui prend pas d'place et qui euh qui
 354 est totalement soporifique et qui fait qu'tu t'ENDORS!puisque y a quelque
 355 chose à l'intérieur d'ELLE que tu RESSENS qu'son mari ressent aussi quand il
 356 t'dit elle a plein d'facettes ma femme il l'a probablement pas épousée parce
 357 qu'il la trouvait ennuyeuse hein! tu vois! donc mais POURQUOI ça prend
 358 tellement de place ça!pourquoi elle a tellement de peine à à finalement
 359 affirmer une partie d'elle plus VIVANTE plus: JOYEUSE plus: RELATIONNELLE(.)
 360 alors non seulement c'est une question qu'moi j'me poserais par rapport à son
 361 histoire familiale! [...]

Le superviseur ouvre son tour de parole avec une proposition d'investigation des enjeux relationnels dans la famille de la patiente (lignes 348-350), qui expliquerait le vécu du thérapeute dans sa relation avec elle (*quand elle est cette petite souris qui prend pas d'place et qui euh qui est totalement soporifique et qui fait qu'tu t'endors, puisque y a quelque chose à l'intérieur d'elle que tu ressens et que son mari ressent aussi*, lignes 353-355). Il recourt au DRS pour évoquer un discours du mari de la patiente (*il t'dit elle a plein de facettes ma femme*, ligne 356), cité par le thérapeute quelques minutes plus tôt (hors transcription). Cet énoncé recycle tous les thèmes de la supervision précédemment analysés (l'ennui, la prise de place dans une relation, la facette joyeuse qui éveille la vie) et établit des liens entre les difficultés éprouvées par le thérapeute dans sa relation à la patiente et l'histoire familiale de cette dernière. Le superviseur introduit sa proposition par un questionnement qu'il aurait s'il suivait lui-même cette patiente (*l'autre chose qui m'intéresserait, qui m'questionnerait si j'l'avais en thérapie c'est*, lignes 348-349), en utilisant les verbes au conditionnel, laissant au thérapeute la liberté de s'approprier cette proposition ou pas. Le superviseur n'attend d'ailleurs pas de réponse de la part du thérapeute, puisqu'il enchaîne, dans le même tour de parole, avec une autre proposition visant à induire un changement de positionnement chez la patiente :

361 S [...] puis après ce serait aussi!(.)euh voilà qu'est-ce que ELLE pourrait en
 362 faire et comment elle pourrait peut-être euh j'sais pas négocier autrement
 363 cette loyauté(1.0)pour être pas QUE un clown mais disons un peu PLUS ou
 364 un peu plus vivan:te un peu plus assertive ou: fin quelque chose comme ça!
 365 euh j'me poserais ces questions-là un peu j'pense!

Cette analyse donne à voir comment la supervision elle-même peut être mise en abyme par le recours aux discours rapportés. Grâce à ce procédé, le superviseur rend manifestes les

mouvements discursifs du thérapeute utiles à l'analyse des enjeux de la relation thérapeutique. Il utilise les citations comme argumentation située de ses commentaires évaluatifs, amenant progressivement le thérapeute à porter un regard analytique, non seulement sur les phénomènes relationnels en jeu dans la thérapie, mais encore sur sa propre posture auprès de la patiente.

5.4.2.4. Emboîtement enchevêtré des cadres interactionnels

Le phénomène d'emboîtement des différents cadres interactionnels présents dans la supervision est en réalité plus complexe que le découpage didactique proposé ci-dessus. Ils sont en fait enchevêtrés et se superposent, répondant à l'écologie de la co-construction d'un sens à donner aux difficultés que le thérapeute rencontre dans sa relation avec le patient. Pour rendre compte de cette complexité, nous présentons une séquence emblématique du phénomène d'emboîtement de différents cadres interactionnels dans la supervision.

Après la phase d'ouverture de la supervision, le thérapeute présente la situation thérapeutique dont il souhaite parler en supervision :

TD3a (05:22-27:47)

1 T c'est une patiente qui est venue et qui nous est adressée par l'extérieur: qui
 2 a été adressée par la doctoresse Badou↓ [(inaud)au début d'l'année et puis la&
 3 S hm hm
 4 T &doctoresse Badou m'la adressée et puis:↑ le thème que j'veux aborder
 5 aujourd'hui c'est vraiment: c'est une patiente dont j-j- j'ai beaucoup de
 6 DOUTES c- j'me méfie BEAUCOUP si tu veux↓
 7 S hm hm
 8 T et puis: c'qui est drôle c'est que pourquoi j't'en parle aujourd'hui parce que:
 9 parce que je la vois depuis longtemps mais j'me posais beaucoup d'questions
 10 sur c'qu'elle me disait: la véracité etcetera↓
 11 S hm hm
 12 T et la doctoresse Badou y a deux semaines↑ me dit mais écoute j'ai pas du tout
 13 confiance en elle↓
 14 S hm hm
 15 T pis elle a des bonnes intuitions en général j'aime bien écouter c'qu'elle
 16 dit↑ j'me suis dit bon↓ tu vois↑ j'me rends compte qu'elle est en train d'me
 17 révéler quelque chose que moi aussi j'ressens et qui M'QUESTIONNE beaucoup et
 18 du coup c'est vraiment de voilà comment est-ce qu'on gère ça si on peut gérer
 19 dans la relation est-ce qu'on laisse passer ou pas du coup c'est un p'tit peu
 20 l'thème aujourd'hui↓ALORS cette patiente elle a quarante-trois ans: c'est une
 21 patiente elle est d'origine péruvienne↑ elle est mariée à un homme de 60 ans
 22 S hm
 23 T elle est venue: avec une GRANDE souffrance à l'hôpital de jour(.)moi j'ai fait
 24 beaucoup d'soutien à la base notamment par rapport à de des grosses difficultés
 25 conjugales

Le thérapeute initie sa présentation de la situation clinique par le fait que la patiente a été adressée en vue d'hospitalisation par un médecin privé et qu'elle a été ensuite dirigée vers lui par une docteure de l'institution pour un suivi psychothérapeutique. Il annonce d'emblée le thème qu'il souhaite aborder en supervision, en mentionnant sa méfiance à son égard (*c'est une patiente dont j'ai beaucoup de doute j'me méfie beaucoup si tu veux*, lignes 5-6). Il insiste sur l'importance de cette difficulté en accentuant les mots « *doutes* » et « *beaucoup* ». Il justifie sa posture et son besoin d'aborder la question en supervision par le fait que la docteure référente de la patiente lui a confié avoir également une difficulté de confiance avec sa patiente. Pour relater les propos de la docteure, il recourt au discours rapporté direct, ce qui

donne un aperçu des propres mots de la collègue (*la doctoresse Badou y a deux semaines me dit mais écoute j'ai pas du tout confiance en elle*, lignes 12-13). Le thérapeute enchaîne ensuite avec une pensée rapportée (*j'me rends compte qu'elle est en train d'me révéler quelque chose que moi aussi j'ressens et qui m'questionne beaucoup*, lignes 16-17). Par ces procédés discursifs, le thérapeute convoque, de manière vivante et précise, une situation clinique de référence dans le présent pragmatique interactionnel de la supervision. Il conclut l'introduction de sa présentation par la formulation du thème de supervision (*c'est un p'tit peu l'thème aujourd'hui*, ligne 20) en trois questions successives (lignes 18- 20):

- *du coup c'est vraiment de voilà comment est-ce qu'on gère ça ?*
- *si on peut gérer dans la relation ?*
- *est-ce qu'on laisse passer ou pas du coup ?*

Il recourt à l'anaphore « ça » pour indiquer la méfiance, le manque de confiance et les doutes dans la relation avec la patiente. Il s'ensuit une longue séquence (hors transcription) où le thérapeute présente l'histoire de vie de la patiente, ses conflits de couple, l'alcoolisme du père et l'évolution de la thérapie.

Il est intéressant de relever que malgré le but des DRS de produire le reflet le plus exact possible de la réalité interactionnelle décrite, l'usage des discours rapportés se révèle toutefois une stratégie pour communiquer et transmettre la posture du locuteur lui-même (Holt, 2000; Irvine, 1996; Niemelä, 2005). La sélection de l'information rapportée et la séquentialité de la citation avec l'ensemble du récit montrent ce que le locuteur souhaite rendre manifeste au destinataire et offrent des clés de lecture pour une bonne interprétation des informations. Ainsi, cette introduction, visant à thématiser un problème de posture rencontré par le thérapeute, met en évidence la tentative du thérapeute de légitimer son questionnement en faisant référence à une collègue partageant sa difficulté.

De plus, le discours rapporté d'une collègue et la pensée rapportée découlant des échanges avec elle indiquent un premier emboîtement du cadre interactionnel clinique. Comme dans les analyses des séquences précédentes, ce phénomène est typiquement observable dans l'activité de renseignement lors de la présentation d'une situation clinique.

Dans la portion hors transcription, le thérapeute aborde progressivement des hypothèses diagnostiques en lien avec le fonctionnement relationnel de la patiente dans sa vie privée et dans la relation thérapeutique, relevant également les aspects positifs de l'évolution de la thérapie. Puis, alors qu'il aborde les exemples concrets dans le discours de la patiente qui l'ont conduit à se méfier, le superviseur investit le sentiment de trahison chez le thérapeute ; sentiment que le thérapeute ne reconnaît pas. Le superviseur initie alors une nouvelle phase de la supervision en évoquant des contradictions dans la présentation faite par le thérapeute :

213 S mais est-ce que t'as t'as: <et du coup y a une autre idée qui m'vient en tête
 214 parce que> c'est BIZARRE comme tu m'racontes ça parce que tu m'racontes un
 215 truc tu m'dis ça avance puis tu m'dis j'sais pas si elle dit la vérité ou pas
 216 T oui oui
 217 S et(.)et là en: fin: en réfléchissant et puis on s-s'l'est DIT qu'on a eu les
 218 deux des expériences avec des GENS euh avec des dépendances euh: parmi nos
 219 PROCHES=
 220 T =oui
 221 S et j'me dis est-ce que c'est LÀ que [ça:
 222 T [peut-être hein p't'être=
 223 S =c'est LÀ qu'ça CROCHE
 224 T tu vois j'me dis des fois est-ce que j'suis est-ce que j'suis pas trop est-ce
 225 que j'devrais pas être plus LOYAL pour ce mari [...]

Le superviseur s'apprête à continuer son investigation et, brusquement, change d'orientation (*et du coup y a une autre idée qui m'vient en tête*, ligne 213). Il justifie ce virage en formulant un commentaire évaluatif du récit du thérapeute (*parce que c'est bizarre comme tu m'racontes ça, tu m'racontes un truc*, ligne 214-215), accentuant sur le terme « bizarre », ce qui attire l'attention sur ce qui suit. Il enchaîne ensuite son tour en précisant cette évaluation grâce à deux DRS en enfilade (*tu m'dis ça avance, pis tu m'dis j'sais pas si elle dit la vérité ou pas*, ligne 215) ; ce procédé lui permet de mettre en abyme le cadre interactionnel de la supervision elle-même en citant directement les propos du thérapeute précédemment énoncés, à des moments différents de la supervision, relevant ainsi les contradictions. Le thérapeute s'aligne et valide ce commentaire (*oui oui*, ligne 216). Puis, le superviseur débute son tour de manière prudente au moyen de marques de réparation (*et et là, en... fin...en réfléchissant*, ligne 217) et en se référant à un échange commun antérieur (*et puis on s'l'est dit qu'on a eu les deux les expériences avec des gens euh avec des dépendances euh parmi nos proches*, ligne 217-219). Il utilise le discours rapporté indirect pour formuler le cœur de son idée, c'est-à-dire leur histoire familiale personnelle respective avec des personnes ayant une dépendance. Et, découlant de cette référence à un passé commun, il énonce l'hypothèse que c'est dans cette résonance que réside la difficulté rencontrée (*et j'me dis est-ce que c'est là que ça;*, ligne 219 ; *c'est là que ça croche*, ligne 223). Il insiste d'ailleurs sur l'anaphore (LÀ, ligne 221) qui recycle cette expérience vécue. Le superviseur ne parvient pourtant pas d'emblée à formuler complètement son hypothèse car il est interrompu par le thérapeute, en chevauchement compétitif de tours (lignes 221-222). Ce dernier se désaligne ensuite en effectuant une transition topicale non convergente manifestée par une autoréparation (*peut-être hein p't'être*, ligne 222), suivie de l'ouverture d'un nouveau thème, sa loyauté vis-à-vis du mari de la patiente.

Malgré le soin porté à la co-construction du raisonnement, visible par la formulation pas à pas des éléments analytiques (lignes 213-215 ; lignes 217-219 ; ligne 221) et par l'enchaînement de ces éléments suite à leur validation par le thérapeute (lignes 216 et 220), le superviseur n'obtient pas l'adhésion de celui-ci pour l'élaboration conjointe de l'hypothèse.

Les emboîtements sont ici multiples : deux fois par la convocation du cadre interactionnel privé, celui du thérapeute et celui du superviseur ; et deux autres fois par la référence au cadre interactionnel de la supervision : une fois dans la séance en cours avec la citation des propos du thérapeute et, une autre fois, par l'évocation d'un échange lors d'une autre séance de supervision, à propos de leur vécu de la co-dépendance familiale.

Le thérapeute décrit alors la relation conjugale de sa patiente et les questions qu'il se pose à son égard (hors transcription). Le superviseur soutient le développement du thérapeute par des continueurs vocaux, puis reprend le leadership de l'échange :

248 S hm hm
 249 T maintenant p'têt c'est pas important du tout hein↑p'têt là j'suis justement en
 250 train d'm'poser les mauvaises fquestionsf
 251 S mais j'me demande si c'est des questions que tu t'poses par rapport à ELLE ou
 252 par rapport(.)tu vois c'que j'veux dire↑(.)à TOI=
 253 T =AH mais c'est: mais c'est: une bonne [question
 254 S [dans TON histoire et TON vécu: avec
 255 quelqu'un dans la famille [qui(.)] qui consommait::et donc même si on(.)on:&
 256 T [oui oui]
 257 S &on veut PAS être co-dépendant↑ j'pense que [(.)quand] on a vécu comme ça &
 258 T [oui oui]
 259 S & PROCHE on l'a toujours UN PEU un minimum
 260 T j'pense j'fais c'boulot pour ça aussi [(rires))

Alors que le thérapeute interroge le superviseur sur la pertinence de son questionnement face au fonctionnement relationnel de la patiente (lignes 249-250), le superviseur rebondit et réoriente le questionnement sur le fonctionnement du thérapeute lui-même (lignes 251-252). Il énonce à haute voix son propre questionnement (*mais j'me demande si*, ligne 251) et accentue les pronoms « elle » et « toi », rendant ainsi remarquable le changement d'adressage du questionnement analytique. Le thérapeute s'aligne et valide la pertinence de cette proposition (*ah ! mais c'est, mais c'est une bonne question*, ligne 253). Autorisé de la sorte à poursuivre, le superviseur développe l'idée que le thérapeute présente un fonctionnement co-dépendant, liés à son histoire familiale. Il accentue par deux fois le pronom « ton », insistant sur le recadrage du questionnement, ainsi que sur les termes « proche » et « un peu » qui indiquent le lien du vécu de co-dépendance avec la présence de ce fonctionnement dans la vie malgré soi (*même si on veut pas être co-dépendant [...] on l'a toujours un peu un minimum*, ligne 255-257). L'usage du pronom « on », utilisé quatre fois, marque l'affiliation du superviseur à cette posture personnelle dans le fonctionnement relationnel, recyclant le partage d'une expérience privée commune. Le thérapeute s'aligne sur cette analyse par des validations courtes (lignes 256 et 258) en chevauchements non compétitifs et dans un énoncé conclusif (*j'pense j'fais ce boulot pour ça aussi*, ligne 257). Il donne un sens plus large à la problématique ainsi définie, celle du sens de son choix professionnel. Les anaphores « ce » et « ça » témoignent, et de l'alignement topical, et de l'articulation validée entre un choix de vie et un vécu affectif. Dans cette partie d'extrait, le phénomène d'emboîtement se donne à voir dans une convocation de la vie privée du thérapeute : ce dernier approfondit à ce moment-là ce qui avait été précédemment initié (lignes 217-218). Des marques d'affiliation se donnent ensuite à voir dans les rires partagés (lignes 260-261).

261 S [(rires)) hhh oui bon↓parce que tout
 262 d'un coup ça m'a fait TILT hein j'me suis dit mais est-ce que c'est parce que
 263 j'arrivais pas à comprendre pourquoi tu m'exposais ça comme un problème↑(1.0)et
 264 j'me dis mais est-ce que finalement: c'est pas une espèce tu sais comme des
 265 fois on +VOIT comme une espèce de COLLUSION un peu [entre: l'histoire d'un &
 266 T + hoche la tête ----->
 267 [hm hm
 268 S &patient qui vient nous [consulter pis notre histoire PROPRE(.)tout d'un coup
 269 T [oui oui
 270 ----->
 271 y a des trucs qui ÉMERGENT mais qui se: peut-être NOUS appartiennent=

Le superviseur précise le processus de son raisonnement au cours de la supervision en évoquant sa prise de conscience dans un moment précis (*tout d'un coup ça m'a fait TILT*, ligne 262), insistant sur le phénomène par l'accentuation du terme « tilt ». Il recourt à la pensée rapportée pour mettre en scène sa réflexion dans la première partie de la supervision (*j'me suis dit mais est-ce que c'est parce que j'arrivais pas à comprendre pourquoi tu m'exposais ça comme un problème ↑*, lignes 262-263). L'anaphore « ça » reprend le vécu de méfiance et de doute du thérapeute. Comme si la réflexion était en train d'avoir lieu, une pause suspend le développement du raisonnement pour reprendre au moment du présent pragmatique de l'instant de supervision. Le point d'orgue de l'analyse conjointement menée se donne à voir dans l'énoncé suivant qui rend visible la pensée du superviseur (*j'me dis ... finalement*, ligne 264). Comme une pensée rapportée du présent continu, le superviseur introduit son idée centrale par une clause de cadrage (*j'me dis*), suivi d'une question rhétorique (*est-ce que c'est pas comme une espèce de de collusion entre l'histoire d'un patient qui vient nous consulter et notre histoire propre*, lignes 264-268). Les termes « collusion » et « propre » son prononcé de manière accentuée, rendant manifeste le lien entre l'histoire du patient et la part personnelle

engagée du thérapeute dans le phénomène de collusion. Le superviseur précise ensuite la dynamique émergente de ce qui « *nous appartient* » (ligne 271) et qui surgit dans la relation au patient. La proposition analytique du superviseur semble comporter un potentiel d'impact sur le thérapeute, parce que des signes d'atténuation de la force de l'idée sont rendus visibles en des termes tels que « *une espèce* », « *un peu* », « *des trucs* ». L'asymétrie épistémique et déontique paraît également faire l'objet d'une atténuation : le superviseur s'implique en effet lui-même comme sujet du phénomène de collusion des histoires personnelles ; il emploie le pronom « nous » (lignes 268 et 271) et « notre » (ligne 268). Il solidarise le thérapeute dans le raisonnement (*tu sais comme des fois on voit*, lignes 264-265), ce qui ce qui fait ressortir l'implication et induit des signes d'alignement (lignes 266-267 ; 269-270). Cette partie d'extrait présente des éléments de mise en intrigue (pauses et micro pauses, les allongements vocaliques), qui rythment ce long tour de parole du superviseur.

Dans la continuité des signes d'alignement observés, le thérapeute enchaîne rapidement sa prise de tour :

272 T =oui oui pis c'est clair que ELLE ayant le vécu qu'elle a parce que c'est clair
 273 que j'ai aussi fait l'hypothèse d'la co-dépendance [chez elle parce que y a &
 274 S [hm hm
 275 T &clairement des MÉCANISMES c'est clair que la question de mon identification à
 276 ELLE c'est clair que y a quelque chose de ÇA

Il valide non seulement l'hypothèse de la « *co-dépendance* » (ligne 273) comme « *mécanisme* » (ligne 275) relationnel et, en outre, le lien entre l'histoire de la patiente et sa propre histoire en termes d'identification personnelle (ligne 275). Son alignement est fort et manifesté par l'expression « *c'est clair* », énoncé quatre fois, ce qui consolide et permet d'accomplir l'affiliation réciproque, initiée en lignes 260-261. Il est intéressant de noter que le tour de parole du superviseur (261-171) est marqué par une orientation réflexive sur le thérapeute et les mécanismes généraux de collusion des histoires de vie des patients avec celles des thérapeutes ; alors que le tour du thérapeute (lignes 272-276) est plus fortement orienté vers la patiente, puisque le pronom « *elle* » est énoncé quatre fois. Le superviseur ponctue ces derniers enchaînements de tours par des marqueurs vocaux et une pause (ligne 277) :

277 S hm hm↓ hm hm↓(1.5)
 278 T [.hh
 279 S [pis alors PERSONNELLEMENT t'as eu ces sentiments comme ça de(.)de(.)où où
 280 tu te disais mais est-ce que y a: là maintenant par rapport à toi↑ [hein mais&
 281 T [oui oui
 282 S &pas par rapport à la thérapie mais où tu te disais mais est-ce que ce qu'on
 283 m'dit: est-ce que c'est vrai est-ce que c'est pas vrai
 284 T ouais:
 285 S est-ce que: euh: je sais vraiment tout ou pas↑est-ce que:tu vois↑ est-ce que
 286 ça ça a été une THÉMATIQUE très présente dans TON histoire à toi

Un chevauchement compétitif se manifeste, après cela (lignes 278-279), et le superviseur formule plusieurs questions en enfilade qui orientent un développement analytique sur le vécu personnel du thérapeute plutôt que sur la patiente:

- *pis alors personnellement t'as eu ces sentiments comme ça de [...] où tu te disais*
- *mais est ce qu'on m'dit, est-ce c'est vrai est-ce que c'est pas vrai ↑ (lignes 279-283)*
- *est-ce que je sais vraiment tout ou pas ↑(ligne 285)*
- *est-ce que ça a été une thématique très présente dans ton histoire à toi ↑ (ligne 286)*

Le superviseur insiste sur la posture du thérapeute (*personnellement*, ligne 279 ; *là maintenant par rapport à toi mais pas par rapport à la thérapie*, ligne 280- 282 ; *dans ton histoire à toi*, ligne 286). Il recourt à des discours hypothétiques passés (HPS) sous forme interrogative pour investiguer les sentiments du thérapeute, et donc travailler la posture thérapeutique. Il recycle la thématique développée précédemment (la méfiance, les doutes, le manque de confiance), mais davantage sous une forme à la fois conceptuelle et expérientielle. Le discours fictionnel aide le thérapeute à se projeter dans les questions qu'il aurait pu se poser dans la relation à sa patiente, recourant ainsi à un emboîtement du cadre interactionnel clinique dans la réflexion du présent pragmatique. La deuxième question rend explicite le lien entre la présence de cette thématique et l'histoire personnelle du thérapeute.

Le thérapeute, quant à lui, montre son engagement dans l'élaboration conjointe d'une compréhension des enjeux relationnels. Il valide avoir compris la précision du superviseur concernant à la dimension personnelle du raisonnement analytique en cours (*oui oui*, ligne 281), puis il répond à la première question par l'affirmative (*ouais*, ligne 284). Il prend ensuite son tour pour répondre plus longuement aux questions du superviseur :

287 T mais justement j'ai réfléchi à ça (2.0) oui non mais quand même↑ non
 288 évidemment↓(.)évidemment↓(3.0) non mais maintenant qu'tu m'dis ça j'me dis est
 289 ce que j'suis pas: je je: est-ce que j'suis pas aussi en train d'la rendre
 290 dépendante alors qu'elle est co-dépendante et j'suis pas en train de faire
 291 moi XXX j'ai pt'êtré aussi des choses à gérer MOI avant +de:
 292 +geste d'aller-retour
 293 avec la main
 294 S +hm hm↓ hm hm↓ (3.0)
 295 +hoche la tête

Le début du tour du thérapeute est marqué par des bribes de réponses formulées aux questions soulevées par le superviseur (*mais justement j'ai réfléchi à ça, oui non mais quand même, non évidemment, évidemment*, lignes 287-288). Les pauses intercalées renforcent la visibilité du processus réflexif en cours, auquel le superviseur assiste sans réagir. Le thérapeute pose ensuite des questions en lien avec celles du superviseur. Il se réfère directement à celles-ci par l'usage de l'anaphore « ça » (ligne 288) pour formuler son questionnement autocentré (*j'ai p'êtré aussi des choses à gérer moi*, ligne 291). Il se questionne sur les effets de sa posture dans le fonctionnement et les enjeux de sa relation à la patiente (*est-ce que j'suis pas aussi en train d'la rendre dépendante alors qu'elle est co-dépendante*, lignes 289-290).

Dans cette partie, le superviseur soutient la réflexion du thérapeute en le laissant verbaliser sa pensée. Ce positionnement de soutien est manifesté par de très brèves interventions d'encouragement ou de validation (*hm hm*, ligne 294, *ouais*, lignes 300 et 309, *oui*, ligne 305) et par le fait de ne pas reprendre la parole lors des longs silences (lignes 287, 288, 296). Le rythme est ici très lent, et la posture physique du thérapeute marque la réflexion (repose son front sur la main droite, ligne 297 et suivantes) :

296 T *okay↓ là faut faut qu'je creuse ça↓(1.5)faut que je creuse c't'aspect-là↓(2.0)
 297 * repose son front sur la main droite ----- >>
 298 parce que pour te dire↑pourquoi pour moi c'est un problème c'est qu'je SENS
 299 la contre attitude monter monter monter c'est pour ça↓=
 300 S =ouais↓
 301 T et: et vraiment ça pour moi ça pose la question d'la confiance [tu vois en
 302 S [hm
 303 T &termes de: tu vois parce que moi aussi j'ai besoin d'avoir confiance en mon
 304 patient=
 305 S oui=
 306 T =maintenant peut-être que c'est peut-être que c'est quelque chose que je dois

307 aussi laisser un petit peu d'côté↑bon maintenant la confiance vis-à-vis d'elle
 308 c'est pas l'plus important[dans la relation thérapeutique↓j'sais pas↑
 309 s [ouais

Le thérapeute bascule sa réflexion sur le travail à entreprendre quant à sa posture dans la relation à la patiente (*okay, là faut que je creuse ça, faut que je creuse cet aspect-là*, ligne 296), recyclant par l'anaphore « ça » les éléments analytiques précités par le tandem. Il formule ensuite pour la première fois une réponse synthétique à la question initiale de la supervision (*pour te dire pourquoi pour moi c'est un problème*, ligne 298 ; *c'est que je sens la contre attitude monter monter monter c'est pour ça*, ligne 298-299). Il propose une signification à son problème en termes non pas de ressentis personnels et émotionnels, tels que la méfiance, les doutes, mais en termes de phénomènes interactionnels (*je sens la contre attitude monter monter monter*). Le recours à un concept professionnel (la contre attitude) indique une prise de distance cognitive par rapport à l'expérience des enjeux relationnels éprouvés. Le superviseur valide alors l'analyse présentée (*ouais*, ligne 300) ; ce qui invite le thérapeute à développer les enjeux spécifiques de la confiance réciproque dans l'alliance thérapeutique (*ça pose la question de la confiance*, ligne 301 ; *moi aussi j'ai besoin d'avoir confiance en mon patient*, lignes 303-304). La problématisation est d'ordre générale, car le thérapeute ne concentre pas son raisonnement sur la seule patiente dont il est question, mais l'ouvre à un patient générique (*en mon patient*). Après que le superviseur a une fois de plus validé la réflexion en cours, le thérapeute présente une difficulté à générer la suite du travail et des mesures à prendre concrètement. Il énonce plusieurs marqueurs d'hésitation (*peut-être*, ligne 306 ; *j'sais pas*, ligne 308) et pose la question de ce qui est à faire (*je dois laisser un petit peu de côté*, lignes 306-307) et de ce qui est important (*la confiance vis-à-vis d'elle c'est pas l'plus important dans la relation thérapeutique, j'sais pas ?*, lignes 307-30298).

Par ses questions, le thérapeute initie une bascule des cadres interactionnels convoqués en orientant le travail de supervision, non plus sur le passé mais sur le futur. Une phase de travail s'en suit sur la gestion des émotions personnelles lors du travail sur soi et ses résonances (hors transcription). Le travail de supervision consiste alors en une articulation avec les éléments déjà développés : cela produit une dynamique itérative d'intrication des cadres interactionnels cliniques, privés et de supervision. L'extrait suivant montre la séquence de clôture du travail sur la relation thérapeutique qui concorde avec la clôture de la supervision :

424 T mais oui pis à part ça c'est là qu'pour moi la discussion est importante c'est
 425 pour moi c'est aussi c'est bien aussi c'est bien que j'reprenne un petit peu
 426 ce miroir-là dans la tête parce que↓ fin des fois justement[je j'suis un peu&
 427 S [hm hm
 428 &projectif sur l'coup donc du coup=
 429 S =oui oui
 430 T euh je la: j'aide pas ma patiente si j'suis projectif comme ça [peut-être&
 431 S [hm
 432 T &que c'est avéré↑peut-être que j'te dirai dans quelques semaines [que y a eu&
 433 S [ouais tu
 434 m'diras↓(.)intéressant↓
 435 T &un truc↑ OU pas du tout↓ puis du coup↑ là↑ puis en fait euh: ça aura été plutôt
 436 une réussite comme suivi et qu'du coup↑ là↑ effectivement c'est: un peu plus↑
 437 attends un petit peu fais attention d'pas trop euh avec ces patients-là comme
 438 avec d'autres patients de pas trop projeter quoi
 439 S hm
 440 T merci beaucoup
 441 S (se lève)merci beaucoup

Dès lors, le thérapeute émet un énoncé de synthèse qui clôt la supervision (*c'est là qu'pour moi la discussion est importante*, ligne 424). Il reprend les éléments concrets développés dans la dernière partie de travail sur la posture à mener auprès de la patiente. Il formule sa compréhension des processus cognitifs à maintenir actifs (*c'est bien que j'reprenne un petit peu ce miroir-là dans la tête*, lignes 425-426) pour éviter les mécanismes non thérapeutiques (*des fois je suis un peu projectif sur l'coup*, ligne 428 ; *j'aide pas ma patiente si je suis projectif comme ça*, ligne 430). Il projette une discussion dans une prochaine supervision qui leur permettra d'évaluer les actions menées dans l'intervalle (*peut-être que j'te dirai dans quelques semaines que y a eu un truc ou pas du tout*, lignes 432-435), et les conséquences à tirer de cette expérience dans le but de généraliser les apprentissages à d'autres situations cliniques. Le thérapeute recourt au discours fictionnel projeté (PFS) pour simuler le conseil que le superviseur pourrait formuler (*fais attention d'pas trop euh avec ces patients-là comme avec d'autres patients de pas trop projeter quoi*, lignes 436-438).

Dans cette dernière phase, le phénomène d'emboîtement se situe à la fois dans le cadre interactionnel clinique (*ça aura été plutôt une réussite comme suivi*, ligne 436) et dans le cadre interactionnel de supervision (*peut-être que j'te dirai dans quelques semaines*, lignes 432) ; dans les deux cas, dans une projection fictive future.

Cet séquence, analysée de manière longitudinale sous le prisme de la trajectoire topicale et des cadres interactionnels emboîtés, rend compte de la complexité du travail sur la relation thérapeutique. Elle en présente les caractéristiques emblématiques de l'ensemble du corpus et plus particulièrement des séquences retenues pour son analyse. Les stratégies discursives des discours simulés (rapportés et fictionnels) permettent au superviseur et au thérapeute de construire ensemble une compréhension partagée de la situation clinique (avec la patiente et l'une des collègues impliquée). Elles permettent d'ailleurs d'analyser le processus de supervision lui-même, ce qui semble constituer une ressource du superviseur pour, non seulement confronter le thérapeute avec son propre discours, mais aussi pour rendre visible son propre raisonnement analytique en train de se dérouler. Les discours simulés sont un moyen d'analyser les activités de supervision dans le travail sur la relation thérapeutique par la description fine des échanges de supervision. Les discours rapportés rendent compte des activités de renseignement, tant de la situation clinique que du processus de supervision lui-même. Les discours rapportés rendent également possibles, pour le thérapeute, une plus grande visibilité des actions menées, afin de les faire évaluer par le superviseur. La problématisation est mise en évidence dans l'usage que font les tandems des discours rapportés et des discours hypothétiques passés, analysant et les événements survenus et les événements ayant pu survenir mais ne s'étant pas produits. Les discours fictifs projetés, dans le cadre clinique ou de la supervision, permettent au tandem d'anticiper les interactions et de préparer les actions futures. Les discours fictifs projetés se sont révélés des ressources typiques de l'activité préparatoire à des interventions futures.

Dans ce chapitre, l'analyse interactionnelle a permis d'identifier les cadres interactionnels convoqués dans les interactions de la supervision : c'est une véritable « poupée russe » des dynamiques relationnelles imbriquées dans le travail thérapeutique. Nous avons rendu compte des pratiques interactionnelles mobilisées par les tandems de supervision pour convoquer les cadres interactionnels cliniques et privés, voire de la supervision elle-même, dans le cadre de la supervision. Il s'agit pour les tandems de tisser une cohérence entre le passé et l'avenir, dans le présent pragmatique de la supervision. Au-delà des cadres professionnels que sont le cadre clinique et le cadre de la supervision, les tandems convoquent des expériences privées pour

identifier et élaborer un sens aux comportements et au vécu du thérapeute dans sa relation au patient. Nous avons nommé « discours simulés » les citations, formulées par les thérapeutes ou par les superviseurs, qui se rapportent à des dialogues survenus dans le passé ou qui sont projetés dans l'avenir. Nous avons relevé dans nos données que ces pratiques langagières participent aux activités de supervision, qu'elles soient basées sur des événements vécus ou hypothétiques.

La compétence analytique des enjeux relationnels entre le thérapeute et son patient est au cœur des apprentissages de la compétence du thérapeute. Nous avons montré que le phénomène d'emboîtement repose sur les discours rapportés, qui eux-mêmes rendent compte de la posture du thérapeute dans sa relation au patient. On le constate, travailler la relation thérapeutique en supervision, c'est produire un discours à propos de cette relation, mais c'est aussi élaborer une compréhension partagée des enjeux qui la traversent.

6. L'affectivité : pivot interactionnel au cœur du travail sur la relation thérapeutique

Dans la lignée des études concernant les discours rapportés (Du Bois & Kärkkäinen, 2012; Niemelä, 2005; Ruusuvuori & Peräkylä, 2009; Selting, 1994; Voutilainen et al., 2014), nos analyses montrent que les discours simulés constituent une ressource interactionnelle chargée affectivement et qu'ils sont utilisés de manière récurrente dans les séances de supervision. Les thérapeutes recourent aux récits pour rendre compte de leurs affects et de leurs émotions. Ces récits, agrémentés de discours rapportés, sont accompagnés d'informations nécessaires à la compréhension des actions et des événements survenus. Le récit fournit un contexte pour comprendre les émotions des thérapeutes, et offre ainsi un cadre d'interprétation de l'affect. Ces éléments contextuels fonctionnent donc à la fois comme des informations de base du récit et comme des clés de lecture pour le superviseur. En cela, l'affectivité dans les interactions de supervision comporte des enjeux pour la formation des thérapeutes et pour le déroulement de la supervision elle-même, au sens où elle détermine à la fois l'organisation et les contenus des échanges, ainsi que la régulation des émotions dans les interactions de supervision. Étudier l'affectivité dans cette activité représente par conséquent un objet pertinent pour la clinique, la formation et la compréhension des pratiques réelles en supervision.

Dans le présent chapitre, nous consacrons la première partie à décrire les émotions dans le contenu des échanges en supervision (6.1). Grâce à une analyse topicale de l'ensemble de la collection, nous montrons la prégnance des émotions comme thème abordé en supervision lorsque les tandems travaillent les situations cliniques contenant un enjeu relationnel. Une deuxième partie du chapitre se penche sur l'affectivité telle qu'elle se donne à voir dans les interactions de supervision (6.2). Nous décrivons l'*implication* qui se réfère à l'expression multimodale des émotions et de l'affectivité lors d'interactions humaines (Selting, 1994, 2010; Traverso, 2000). Dans la troisième partie, nous décrivons les trajectoires interactionnelles de l'affectivité en supervision (6.3) et prenons comme ancrage empirique les réponses du superviseur, d'abord aux récits affectivement impliqués du thérapeute (6.3.1), puis aux récits affectivement détachés des thérapeutes (6.3.2). Au cours de ces chapitres, nous décrivons l'émergence des formulations du superviseur qui impactent l'affectivité dans les échanges : c'est-à-dire les formulations centrées sur l'affectivité du thérapeute dans la supervision (la reconnaissance, l'interprétation, la désaffiliation) et les formulations orientées sur les connaissances du thérapeute (cadre théorique, action thérapeutique, désalignement). À partir d'analyses fines des interactions, nous portons ainsi notre regard sur les principales trajectoires affectives des interactions de supervision qui conduisent à la conversation (auto)réflexive.

6.1. La centralité des émotions dans les discours en supervision

Dans la phase de traitement des données et dans la constitution de notre collection de séquences consacrées au travail sur la relation thérapeutique, nous avons conduit une analyse thématique de l'ensemble du corpus. Il s'est avéré que les émotions et le lien entre thérapeutes et patients constituent les thèmes centraux lorsque les tandems travaillent les enjeux relationnels dans l'activité clinique du thérapeute. Cette démarche nous a permis de relever la prégnance du domaine affectif dans les contenus thématiques de notre collection.

Nous présentons dans un premier temps une synthèse thématique des extraits analysés dans le chapitre précédent consacré aux discours rapportés (6.1.1). Nous montrons en outre que ces discours sont eux aussi porteurs d'une prise de position de la part des thérapeutes par rapport aux émotions qu'il évoquent (6.1.2).

6.1.1. Les émotions et le lien thérapeutique en tant que contenu thématique

Les extraits analysés précédemment (chapitre 5.3) sont emblématiques du corpus de notre recherche, au plan de la dimension affective des thérapeutes et de leurs patients et du lien qui les unit dans le cadre clinique. Une synthèse des topics centraux sont synthétisés dans le tableau ci-dessous. Dans ces extraits analysés, les affects du thérapeute constituent la pierre angulaire du travail des tandems. Ils soutiennent le thérapeute en contextualisant la difficulté relationnelle rencontrée ; ils sont par ailleurs des leviers pour la problématisation ou pour l'enseignement.

Tableau 11: Topics centraux des discours rapportés analysés

Extraits	Topics	
	Émotions, affectivité	Lien thérapeutique
TC1b	L'ennui de la thérapeute Les émotions de la patiente (la colère, le désespoir, le désappointement, la résignation)	Rupture thérapeutique et sortie de l'hôpital précipitée
TA3c	Sentiment de malaise de la thérapeute Idéalisation et sentiment de proximité du patient	Séduction, drague, implication dans la relation thérapeutique, lien
TF3a	Les projections négatives du thérapeute, l'empathie Sentiment de la patiente d'être accusée, agressée	Permanence du lien
TD2a	L'ennui du thérapeute, l'éveil de la vie chez le thérapeute	Sentiment d'attachement à la patiente, être touché par la patiente
TD3a	Ressentis de contre-attitudes de la part du thérapeute, résonances en lien avec le vécu familial du thérapeute et du superviseur	La confiance réciproque, phénomènes d'identification, co-dépendance, collusion des histoires de vie

Du point de vue des thérapeutes, l'explicitation des émotions ressenties dans les séances de thérapie constituent le socle sur lequel les tandems déploient leur analyse des difficultés rapportées par le thérapeute. Dans la séquence TC1b, l'ennui de la thérapeute permet à celle-ci d'expliciter le fonctionnement émotionnel du patient (*opérateur vraiment opérateur ↓ d'une pauvreté émotionnelle et de- les entretiens qui m'ennuient vraiment ça m'ennuie*, lignes 9-10). Le tandem co-construit ensuite une compréhension des raisons de la sortie d'hôpital précipitée et, par conséquent, de la rupture de lien. Dans l'extrait du tandem TA3c, c'est le malaise ressenti par la thérapeute qui ouvre la présentation de la situation clinique et du problème qu'elle souhaite aborder en supervision (*pis après là quand même avec lui au niveau relationnel euh(.)j'sais pas comment dire j'ai quand même eu l'impression alors j'sais pas si séduction c'est b- c'est l'bon mot mais que: un peu comme si moi il m'idéalisait un petit peu: par rapport à sa femme*, lignes 4-7). Le tandem mène ensuite une analyse du fonctionnement relationnel du patient en observant les enjeux présents dans la relation conjugale et dans la relation thérapeutique. Le thérapeute TD3a, quant à lui, présente une difficulté rencontrée dans le suivi d'une patiente, à l'égard de laquelle il éprouve des doutes et de la méfiance ; cela semble entraver le déroulement de la thérapie. À partir de ces affects énoncés, le superviseur

accompagne le thérapeute dans l'analyse des origines de cette difficulté relationnelle, qui se situent dans la vie privée du thérapeute. Ensemble, ils élaborent une compréhension partagée du phénomène de « résonance » dans la thérapie, ce qui conduit le thérapeute à identifier les enjeux dans sa relation à la patiente (*c'est bien que j'reprenne un petit peu ce miroir-là dans la tête parce que -fin des fois justement je j'suis un peu projectif sur l'coup donc du coup euh je la: j'aide pas ma patiente si j'suis projectif comme ça*, lignes 425-430).

Sous l'angle des superviseurs, il est intéressant de relever qu'ils font également usage du registre affectif pour enseigner des contenus théoriques ou pratiques, pour problématiser ou redéfinir la situation clinique convoquée par le thérapeute. Le superviseur TF3a, par exemple, utilise sa propre expérience clinique pour enseigner à la thérapeute l'importance de la permanence du lien et de l'empathie, comme moyen de dépasser les projections négatives, le sentiment d'agression de la patiente, et comme stratégie pour éviter la rupture thérapeutique (*bein j-j'crois que c'est c'est la question ouais de(.)de:(0.3) euh l'ACCEPTATION de: des projections négatives qui sont vraiment: très très importantes*, lignes 28-30). Le superviseur dans l'extrait TD2a, quant à lui, soutient dans un premier temps, la présentation de la situation clinique au cours de laquelle le thérapeute évoque son vécu affectif dans les séances. La supervision effectue un virage au moment où le superviseur relève une apparente contradiction entre deux affects du thérapeute : l'ennui et l'intérêt. Ce focus sur le ressenti du thérapeute amène après cela le tandem à identifier les affects positifs, notamment l'attachement (*c'était intéressant tu as commencé par dire qu'elle t'ennuyait mortellement que tu t'endormais t'et puis après tu as dit que t'étais très attaché à elle ↓*, lignes 188-190)

Les extraits TF3a et TD3a présentent également l'intérêt de rendre compte de l'usage que font les superviseurs de leurs propres expériences (clinique ou privée) pour conduire les activités de supervision. Le superviseur TF3a utilise le récit d'une situation clinique similaire à celle présentée par la thérapeute, pour signifier les éléments significatifs aidant à comprendre les enjeux relationnels avec la patiente et pour enseigner des stratégies capables de dépasser les difficultés rencontrées (*la patiente là, dont je te parlais là, euh, à chaque entretien elle voulait plus jamais revenir ; et moi j'ai j'ai pendant super longtemps, je faisais ce que tu faisais ; et je je et j- et pis elle se sentait accusée*, lignes 9-10, 17). Dans la proposition délicate de lier posture professionnelle et histoire de vie personnelle, le superviseur TD3a évoque pour sa part sa propre vigilance dans la posture thérapeutique vis-à-vis de certains patients. Quand le superviseur enseigne les défis rencontrés dans la gestion des affects personnels auprès des patients, ce dévoilement personnel est accompagné de l'usage des pronoms « on » et « nous » pour désigner la communauté des thérapeutes (*j'me dis mais est-ce que finalement: c'est pas une espèce tu sais comme des fois on VOIT comme une espèce de COLLUSION un peu entre: l'histoire d'un patient qui vient nous consulter pis notre histoire PROPRE, tout d'un coup y a des trucs qui ÉMERGENT mais qui s... peut-être NOUS appartiennent*, lignes 265-271)

Les topics recensés dans le tableau ci-dessous sont représentatifs de la centralité des dimensions affective et relationnelle dans l'ensemble de la collection. Ce tableau présente les éléments lexicaux employés par les tandems pour thématiser la relation thérapeutique dans les séances de supervision. Afin d'établir cette présentation, nous avons d'abord identifié tous les termes liés au domaine des émotions et de l'affectivité dans le tableau synoptique de la collection ; les verbatim qui avaient répondu aux critères de tri pour la collection avaient été saisis dans un tableau synoptique. Puis, nous avons mené une recherche quantitative de l'occurrence de chacun de ces termes et vérifié pour chacun d'eux qu'il soit bien lié à la relation du thérapeute à son patient. Nous avons fait de même pour le domaine de la relation

thérapeute-patient. Le tableau présente le nombre d'occurrences par terme employé par les tandems, thérapeutes et superviseurs confondus :

Tableau 12: Ressources lexicales des topics "émotions" et "relation thérapeutique"

Émotions	Occurrences	Relation thérapeute-patient	Occurrences
sentiment ¹	439	relation	101
(avoir) l'impression	74	lien	54
peur	48	confiance	20
émotion, émotionnel	34	rassurer, rassuré,-e	16
inquiétude, inquiet	23	investissement, investir, investi,-e	13
(perte de) contrôle	18	engagement, engagé,-e	11
agressivité, agressif, agressive	16	abandon, abandonner, é,-e	10
frustré, frustrée	15	rejet, rejeter, rejeté	9
stressé, stressée	14	(s')impliquer, impliqué,-e	7
agacé, agacée	13	éviter, éviter, évite	9
touché, touchée	12	alliance, allié,-e,s	9
ennui, s'ennuyer	12	protéger, é	8
puissance, impuissance	12	défense, défendre, défendue	7
attaque, attaqué,-e	12	loyauté, loyal,-e	7
colère	10	rupture	7
attachement, attaché, e	10	menace, menacé	5
frustration, frustré, frustrée	10	intrusion, intrusif	5
attaque	9	trahison	4
empathie, empathique	5	<i>joining</i>	4
nulle	5	rivalité	3
rage	5	dévoilement, dévoiler, révéler	2
culpabilité, coupable	5	insulté	1
contre-attitude, projection négative	4	maternant	1
doute	3	identification réciproque	1
inutilité	2		
cœur	2		

¹le terme *sentiment* regroupe les termes « sentiment, je(me) sens, il/elle (se) sent, senti-e, ressentir, ressens, ressent, ressenti »

Ainsi, dans la lignée des études sur les discours rapportés (Buttny, 1998) et de l'affectivité dans les interactions (Niemelä, 2005), nous considérons la supervision comme un environnement interactionnel dans lequel les tandems co-construisent une compréhension partagée de l'affectivité du thérapeute, afin de rendre compréhensibles les émotions éprouvées par celui-ci dans son interaction avec les patients. En accord avec les termes de Klewitz & Couper-Kuhlen (1999) qui considèrent les discours rapportés comme des ressources utiles à la communication d'une posture affective du locuteur, nous observons que les émotions peuvent être considérées comme des objets discursifs qui doivent être situés pour accéder à une intelligibilité ; les récits, et plus spécifiquement les discours rapportés, sont des ressources pour remettre les émotions du thérapeute dans le contexte de leur survenue, et de ce fait les rendent intelligibles au superviseur.

6.1.2. Les émotions évoquées et la prise de position des thérapeutes

Lorsqu'ils évoquent leurs émotions ou l'affectivité perçue dans les situations cliniques, les thérapeutes prennent une certaine position par rapport à leur discours et par rapport à la situation narrée. Consécutivement à ces récits d'expériences, l'élaboration conjointe des tandems d'une signification de la situation évoquée rend compte du caractère dynamique de l'affectivité dans l'interaction de supervision. Les thérapeutes représentent effectivement des discours survenus par ailleurs, mais ils produisent également des commentaires à propos de ces discours et des conditions de leur survenue. L'extrait ci-dessous (TC1b) analysé précédemment (5.4.2.1), en est un exemple :

18 T **un jour il a décidé de SORTIR(.)** il a dit si c'est comme ça j'dormirai mieux
19 à la maison↓ **donc la seule colère qu'il a manifestée c'est de dire** qu'il
20 dormait pas et puis qu'il dormirait mieux à la maison **c'était même pas une**
21 **espèce de colère c'était plutôt:**
22 S un désespoir ou:
23 T non c'était pas un désespoir un désappoint==
24 S =une résignation un peu comme ça=
25 T =ouais↓

La thérapeute introduit des informations qui contextualisent les conditions du DRS (*un jour il a décidé de sortir*, ligne 18). Puis, après le DRS cité, elle formule un commentaire (*donc la seule colère qu'il a manifestée c'est de dire*, ligne 19) ; ce commentaire détaille une évaluation qu'elle avait faite précédemment, celle de qualifier le fonctionnement du patient comme « toujours très opératoire » et « très peu dans les émotions ». Elle recycle le DRS par un IRS, ce qui souligne les éléments significatifs à considérer, selon la thérapeute (*... c'est de dire qu'il dormait pas et puis qu'il dormirait mieux à la maison*, lignes 19-20). Celle-ci donne à voir la sélection des informations qui, selon elle, sont pertinentes dans la situation clinique. Ces choix, effectués dans le contenu des discours rapportés, dans leur énonciation (répétition) et dans les commentaires qui les accompagnent, permettent à la thérapeute de construire une représentation spécifique de la situation clinique, et en particulier du fonctionnement du patient. Cette représentation est soumise au superviseur, avec une invitation à compléter et co-élaborer une évaluation de la posture affective du patient (*c'était même pas une espèce de colère c'était plutôt:*, lignes 20-21). La formulation incomplète de ce deuxième commentaire évaluatif et l'allongement vocalique qui termine l'énonciation offrent une opportunité au superviseur de participer à l'élaboration d'une compréhension partagée de la posture affective du patient. Il complète d'ailleurs aussitôt l'énoncé de la thérapeute (*un désespoir ou;*, ligne 22). Les tours suivants montrent la collaboration dans cette évaluation. Cet extrait rend compte que, dans notre collection, les DRS sont formulés pour transmettre un sens affectif des comportements du patient ou du thérapeute, tels que le thérapeute se les représente, et pour inviter les superviseurs à co-élaborer une compréhension partagée. Nous pouvons donc affirmer que les choix opérés pour formuler les discours rapportés et les commentaires y afférents révèlent le positionnement propre du thérapeute. Dans l'extrait ci-dessus (TC1b), le positionnement de la thérapeute correspond à la forme *évaluative* (Du Bois, 2007). En effet, elle produit une évaluation de l'émotion du patient (*c'était même pas une espèce de colère*, ligne 20). La cible vers laquelle s'oriente l'évaluation est l'émotion du patient, référée par le terme « c'était ». Dans les termes de Dubois (ibidem), « l'évaluation peut être définie comme le processus par lequel le locuteur s'oriente vers un objet et le caractérise comme ayant une qualité ou une valeur spécifique » (p. 143).

Les thérapeutes peuvent également faire part au superviseur de leur propre position dans les interactions avec les patients, comme dans l'extrait ci-dessous. La thérapeute présente, en début de supervision, une situation clinique lors de laquelle le patient se fâche. Dans un premier temps, hors transcription, elle décrit ses premières interactions avec le patient. L'extrait débute avec un commentaire de la superviseure :

TE3a (09:47- 14:23)

17 S ouais il l'a pris[comme un moment de: d'intrusion↓[de persécution
 18 T [il a pris ç- [totalement↓ au point que:
 19 alors après j'ai essayé un peu d'modérer j'ai vu qu'il voulait pas↑
 20 j'ai dit écoutez↓(0.5) si vous voulez pas j'entends bien [y a pas de soucis&
 21 S [hm hm↑
 22 T &pas d'obligation
 23 S +hm↓ hm↓
 24 +hoche la tête

La superviseure évalue le comportement du patient selon la description de la thérapeute (hors transcription). Elle évalue ce comportement comme ayant été vécu de manière intrusive, en utilisant une anaphore pour cibler la question initiale posée au patient par la thérapeute (*il l'a pris comme*, ligne 17). La thérapeute poursuit et complète la description de la situation en recourant au discours rapporté direct (*j'ai dit écoutez si vous voulez pas j'entends bien y a pas de soucis pas d'obligation*, lignes 20-22). La thérapeute évoque sa posture avec le patient en décrivant avoir essayé de modérer ses propos car elle avait vu que le patient refusait la proposition de rencontrer ses parents (ligne 19). Elle renforce cette description avec le DRS qui cite ses propres paroles adressées au patient. Le changement d'adressage est compréhensible par le fait que la thérapeute vousoie le patient alors qu'elle tutoie la superviseure. La posture de la thérapeute est évidente dans les énoncés qui précèdent le DRS (ligne 19) et dans la citation elle-même (lignes 20 et 22). La posture de la thérapeute est doublement rendue visible à la superviseure : d'une part la thérapeute énonce avoir tenté de « modérer » et elle explique avoir vu que le patient ne « voulait pas » ; d'autre part, le DRS suivant précise cette posture en recyclant la modération de la thérapeute (*y a pas de souci pas d'obligation*, lignes 20 et 22) et l'explicitation au patient de la compréhension de son refus (*si vous voulez pas j'entends bien*, ligne 20). La superviseure manifeste sa compréhension d'une telle prise de position à l'égard du patient par des indices vocaux (*hm hm*, lignes 21 et 23) et des hochements de tête (ligne 24). Cet alignement et cette validation de la posture endossée par la thérapeute encourage celle-ci à développer :

25 T il a commencé à m'dire qu'il comprenait pas pourquoi je lui demandais ÇA:↑
 26 que jusqu'à maintenant ça se passait bien entre lui et MOI: toute manière ça
 27 se passait bien avec ses parents↑ mais si ça se passait comme ÇA: si je
 28 posais trop de questions↑ il il(.)changerait de thérapeute↑
 29 S hm hm↑

La thérapeute décrit ensuite la posture du patient en recourant au discours rapporté indirect. Elle rend visible la manière dont le patient thématise la relation thérapeutique (*jusqu'à maintenant ça se passe bien entre lui et MOI*, ligne 26) et ses enjeux (*si je posais trop de questions il changerait de thérapeute*, lignes 27-28). Il s'ensuit une description détaillée du dialogue entre la thérapeute et le patient (hors transcription) ; encouragée par la superviseure (*hm hm*, ligne 29), le continuateur vocal est formulé en intonation montante. Puis, après

l'évocation des émotions du patient, la superviseure oriente le thème de l'échange sur la posture affective de la thérapeute :

```

64 S hm↓ et TOI tu t'es sentie comment↑(2.0)
65 T hh un peu: un peu fnulle quoi +j'ai créé une catastrophéf en posant une&
66 S + hoche la tête----- >
67 T &question quoi↓(1.0).hh donc euh:(2.0)
68 S ----- >+
69 mais agressée↑
70 T agressé non↓
71 S +non
72 + hoche fortement de la tête ----- >
73 T non non pas agressée parce que j'ai pas l'impression que c'était contre MOI:
74 en tant que personne↑ mais qu'il était en train de se défendre
72 S hm hm

```

La question de la superviseure oriente l'objet de la réflexion sur la thérapeute en insistant sur le pronom d'adressage « toi », prononcé avec un volume augmenté. La question comporte également le verbe « sentir » qui thématise explicitement l'affectivité de la thérapeute dans sa relation au patient. La thérapeute semble réfléchir, puisqu'elle produit une réponse après deux secondes de pause (ligne 64) et formule son sentiment (*un peu nulle*, ligne 65), marqué par des particules de rire dans la voix et des indices d'atténuation de l'importance du contenu de l'énoncé (le terme « un peu » répété deux fois avec un allongement vocalique, plusieurs pauses dans le tour de parole) : de tels indices peuvent dénoter une sorte de gêne. La cible de la posture concerne l'intervention et non la relation thérapeutique. La superviseure soutient cette explicitation par des hochements de tête (lignes 66-68) et n'enchaîne pas, une fois le tour de la thérapeute terminé. Elle formule alors une deuxième question sur la posture affective de la thérapeute ; alors que la première est générale (*tu t'es sentie comment ↑*, ligne 64), la seconde précise l'orientation spécifique de cette posture dans la relation entre la thérapeute et le patient (*mais agressée ↑*, ligne 69). Par l'usage du terme « agressée », la superviseure oriente le registre affectif vers le domaine de l'émotion ressentie dans le lien thérapeutique plutôt que vers le domaine de la compétence professionnelle. À ce moment précis, la thérapeute s'aligne alors en produisant la seconde partie de la paire adjacente initiée par la superviseure (*agressée non*, ligne 70). Encouragée par la superviseure qui s'aligne sur la réponse (*non*, ligne 71) et qui hoche de la tête, la thérapeute détaille alors sa posture dans la relation au patient (*non non pas agressée parce que*, lignes 73-74). Du point de vue interactionnel, cet extrait rend compte de l'élaboration conjointe d'une compréhension commune de la posture de la thérapeute dans sa relation au patient. Se basant sur les descriptions de la thérapeute, la superviseure oriente progressivement le développement narratif de la description du vécu affectif du patient vers la posture affective de la thérapeute. Pour cela, elle recourt à diverses ressources langagières dans le but d'orienter la cible de la description évaluative : l'assertion évaluative (ligne 17), le questionnement (lignes 64 et 69), les continueurs vocaux (*hm hm*, lignes 21, 23, 29, 72) et les nombreux hochements de tête. La thérapeute semble interpréter ces signes multimodaux comme des encouragements à déployer la description des postures affectives qui animent la relation thérapeutique. Cet extrait souligne la façon dont la thérapeute et la superviseure construisent tour à tour ce qui se manifeste comme les postures affectives du patient et de la thérapeute, l'une influençant le développement de l'autre. Selon la perspective interactionnelle que nous adoptons dans cette recherche, la prise de position d'un locuteur induit, ou invite, à la prise de position de son interlocuteur. Selon la littérature dans le domaine des positionnements dans les interactions (Du Bois, 2007; Du Bois & Kärkkäinen, 2012; Kärkkäinen, Keisanen, Rauniomaa, Niemelä, &

Haddington, 2004; Selting, 2010), la prise de position est une activité essentiellement dialogique, interactive et intersubjective par nature. Les interactants négocient ensemble leurs positions tour de parole après tour de parole. Nous reviendrons plus en détails sur les positionnements et les rapports de place dans l'ordre émotionnel dans le chapitre (7.3).

Dans le présent chapitre, nous nous proposons de nous concentrer sur la gestion de l'affectivité dans les séances de supervision. Lors des discours rapportés qui visent à faire vivre au superviseur ce qui s'est passé en situation clinique, le thérapeute manifeste son implication de manière multimodale. Plusieurs études ont montré qu'un glissement de l'affectivité propre du locuteur peut se manifester dans la voix citée, ce qui fait du discours rapporté un véhicule pour l'expression de l'affectivité dans l'instant interactionnel en cours (Besnier, 1994; Traverso, 2000). Nos analyses rendent effectivement compte que la dimension affective du thérapeute non seulement concerne les émotions éprouvées dans la situation rapportée, mais encore rendent manifeste l'affectivité dans les interactions avec le superviseur dans la situation.

L'analyse topicale de l'ensemble de la collection nous a permis de relever la prégnance du domaine affectif et relationnel dans les contenus thématiques des séances de supervision. Une analyse fine des séquences, exemplifiée par des extraits du corpus, nous permet, dans le prochain chapitre, de rendre manifeste la dimension interactionnelle de l'affectivité dans le présent pragmatique de la supervision. Nous proposons d'analyser en détails les ressources interactionnelles mobilisées par les tandems pour gérer cette affectivité.

6.2. L'implication : le signalement d'une affectivité augmentée

Si les récits d'expérience (*storytelling*) permettent l'évocation discursive d'émotions vécues, ils constituent également un espace interactionnel dans lequel une affectivité se manifeste. Cette affectivité est rendue visible dans les échanges de manière multimodale et dans la posture des interactants à propos de l'expérience émotionnelle évoquée dans leur récit (Du Bois, 2007; Du Bois & Kärkkäinen, 2012; Selting, 1994, 2010; Voutilainen et al., 2014; Voutilainen, Henttonen, et al., 2018). Selon cette littérature, « adopter une posture » signifie produire une évaluation, par un acte langagier, à propos d'un objet épistémique ou affectif. Elle est considérée comme un acte social au sens où elle est rendue publique par le locuteur qui, simultanément, évalue des objets affectifs, positionne des sujets (soi-même et des autres) et s'aligne sur d'autres sujets. Autrement dit encore, la posture se réfère au traitement affectif de l'évènement dont un locuteur parle (Voutilainen et al., 2014). S'intéresser à l'affectivité dans les interactions débute en étudiant la manifestation des affects (ou des émotions) lorsqu'un locuteur raconte une expérience vécue et la posture adoptée, quant à l'objet de son récit. En d'autres termes, nous proposons dans les analyses suivantes de décrire l'implication des interactants (*involvement*), en tant que manifestations émotionnelles multimodales de l'affectivité d'un locuteur. Nous nous intéressons particulièrement aux signes prosodiques, tels que l'intonation, dont les larges variations sont liées à l'affectivité (amplitude et volume), les accentuations ou les allongements vocaliques qui signalent le poids sémantique d'un mot, ou les modifications dans la rythmicité (accélération, ralentissements, pauses, scansion). Nous décrivons les changements multimodaux qui se démarquent d'une ligne de base observée pour chaque interactant : ils signalent en effet une implication émotive, tant par l'emphase que par la réduction de ces caractéristiques. Ces contrastes apparaissent brusquement (alternation) ou graduellement (altération), ce qui permet aux interactants de repérer dans la séquentialité des échanges, ce qui semble pertinent pour l'interprétation de ce qui est dit. La compréhension par

le destinataire de l'implication du locuteur et des enjeux affectifs qui le traversent dans ses énoncés sont co-construits dans l'interaction ; ils se donnent à voir dans l'enchaînement des tours de paroles et dans le sens que chaque interactant attribue aux propos de l'autre. Nous adoptons la posture analytique qui se situe dans le champ des recherches interactionnelles et conversationnelles, et non de celles consacrées aux phénomènes subjectifs et intrapsychiques des personnes. Ainsi, nous décrivons les moments de contrastes ou de virages paralinguistiques dans l'enchaînement des énoncés produits par les locuteurs ainsi que la manière dont les destinataires interprètent ces signes d'implication dans les tours de parole suivants.

Nous présentons, dans un premier temps, plusieurs extraits de supervision dans lesquelles l'implication des thérapeutes se révèle au fil des échanges. Puis, nous exposons une séquence où la superviseuse s'implique à deux reprises, donnant à voir la séquentialité de deux formes d'émergence d'une affectivité en interaction. Le choix de ces extraits repose sur des critères de représentativité de l'ensemble de la collection.

6.2.1. L'émergence soudaine d'une implication du thérapeute

Le premier extrait se situe au milieu d'une séance de supervision au cours de laquelle le tandem a enchaîné des analyses de situations cliniques, elles-mêmes basées sur des suivis présentés au superviseur par la thérapeute. Dans les minutes précédant la séquence sélectionnée pour l'analyse de l'affectivité, le tandem termine le travail de supervision concernant un autre patient. Les premières minutes de l'extrait présentent la clôture de la séquence précédente (lignes 1-6) :

TF3a (39:03-39 :57)

```

1  S +qu'on :qu'on répartisse la charge [entre différentes personnes pis qu'on&
2  T +écrit dans on dossier ----->
3                                     [hm hm↑
4  S &travaille en réseau↑(.)c'est pp- c'est optimal↑
5  T ouais (3.0) °ouais↓°(.) °ok↓°(1.0) °d'accord↓°(1.0)
6  ----->+
```

Ces tours de parole sont typiques d'un épuisement topical lors d'une séquence de clôture interactionnelle (longues pauses, ralentissement du débit verbal des interactants, diminution du volume des voix) ; la thérapeute prend des notes dans le dossier du patient concerné de manière silencieuse, et le superviseur attend. La thérapeute ouvre ensuite la présentation d'une situation clinique difficile :

```

7  T #sinon madame +felini
8      #sélectionne un dossier sur ses genoux et le pose contre sa poitrine
9      +fronce le nez, plisse les yeux et tord la bouche
10 S hhouais↓(.) #héhéhé fj'ai §juste vu l'mail [euh:f
11      §bouge le dossier sur ses genoux
12 T                                     [*pffff hhhh
13      #hausse les sourcils *secoue les mains devant le visage
14 et les croise sur sa poitrine ----- >>
15 [c'est DUR #favec ellef↓
16      #sourit----- >
17 S [elle a voulu m'appeler(0.5)
18 §il faut rappeler euh: diego
19 §écrit dans son dossier posé sur les genoux----- >
20 T .hhh(.)c'est DUR↓(.)VRAIMENT↓(.)
21 ----->#
```

L'analyse topicale du premier extrait de la séquence indique une transition topicale convergente, avec néanmoins un décalage sur le focus spécifique du topic. La thérapeute annonce le nom de la patiente dont il sera question dans l'analyse subséquente (ligne 7) et le superviseur s'aligne aussitôt en indiquant qu'il identifie bien la situation dont il est question puisqu'il a eu accès à des informations la concernant (*hhouais ↓(.)héhéhé j'ai juste vu l'mail*, ligne 10). La thérapeute s'oriente alors vers le registre affectif avec une interjection qui indique une sensation déplaisante (*ppfff hhhh*, en secouant les mains devant le visage, ligne 12) ; elle confirme ce registre affectif dans les deux tours suivants en topicalisant la relation difficile qu'elle éprouve avec cette patiente (*c'est DUR avec elle*, ligne 15; *c'est dur ↓(.) VRAIMENT ↓(.)*, ligne 20). Malgré les bruits vocaux produits par la thérapeute (ligne 12), le superviseur enchaîne, en chevauchement compétitif, et renseigne la thérapeute sur des démarches de prise de contact de la patiente (*elle a voulu m'appeler*, ligne 17) et en prescrivant une action à mener (*il faut rappeler diego*, ligne 18). Malgré un accord du tandem sur le fait d'initier l'analyse de la situation qui impliquent Madame Felini, il apparaît rapidement que thérapeute et superviseur ne s'orientent pas sur le même registre topical spécifique (actionnel ou affectif), ni sur la même activité de supervision (renseignement ou préparation de l'action future).

L'analyse de la dimension affective de cette séquence indique également un décalage dans les postures des interactants. La thérapeute montre des signes d'implication dès le premier tour de parole et ils s'intensifient rapidement. Les mimiques du visage à l'énoncé du nom de la patiente (ligne 7) sont suivies d'un haussement des sourcils (ligne 13) lorsque le superviseur rit. Puis l'interjection (*ppfff*, ligne 12) accompagnée d'une expiration forte (*hhhh*) et de mouvements saccadés des mains devant le visage de la thérapeute (ligne 13) indiquent une implication manifeste. La thérapeute confirme explicitement son expérience affective éprouvante par une évaluation de sa relation avec la patiente (*c'est DUR avec elle ↓*, ligne 15). Cette posture est signifiée avec emphase grâce à l'accentuation du qualificatif de la relation (*DUR*), les particules de rires dans la voix et l'expression du visage qui les accompagne (sourit, lignes 16-21). Le paradoxe de ce tour de parole, qui, à la fois énonce la difficulté éprouvée et manifeste une sorte de légèreté, se dissipe au tour suivant (ligne 20). La thérapeute produit alors un énoncé sans ambiguïté en recyclant la notion de difficulté (*c'est DUR ↓*) avec insistance (*VRAIMENT ↓*) ; son sourire s'est effacé et une inspiration forte initie le tour. Plusieurs signes constitutifs d'un style de discours emphatique sont observables dans ce tour de parole :

- l'organisation rythmique avec des cadences isochrones très courtes, marquées par des micro-pauses et des intonations tombantes après chaque élément lexical ;
- une densité augmentée de syllabes accentuées dans ce tour comparé aux tours précédents : 3 syllabes à la ligne 14, pour 1 syllabe à la ligne 9 et aucune syllabe accentuée aux lignes 7 et 12 ;
- l'usage d'une ellipse lors de la thématization de la relation thérapeutique difficile : ce procédé grammatical, qui consiste à omettre des éléments nécessaires à la compréhension du destinataire, produit un effet de raccourci laissant du flou dans la compréhension exacte de ce qui est « dur » pour la thérapeute avec cette patiente (usage du pronom « elle » pour la désigner) ;
- le recours au marqueur discursif d'intensification (*VRAIMENT ↓*) prononcé avec emphase.

Le superviseur, quant à lui, ne présente pas de manifestation d'implication claire car ses tours de parole ne contiennent pas de signes caractéristiques du style discursif emphatique ni de comportements marqués, indicateurs d'un changement de posture. Toutefois, il semble réagir aux mimiques de la thérapeute (ligne 9) en riant et en bougeant le dossier posé sur ses genoux

(lignes 10-11). Il s'oriente pourtant ensuite sur un registre factuel désaligné de celui proposé par la thérapeute (*elle a voulu m'appeler*, ligne 17 ; *il faut rappeler euh: diego*, ligne 18). Le superviseur ne présente pas non plus de signe affiliatif en réponse à la posture de la thérapeute puisqu'il l'informe de son propre accès épistémique aux informations relatives à la situation évoquée (il a été directement contacté par la patiente). Il suggère d'appeler Diego, un collègue clinicien spécialisé dans les soins aux personnes ayant la même problématique psychiatrique que la patiente, qui était venu pour une supervision d'équipe (information disponible dans la suite de la séance). L'analyse séquentielle des tours de parole offre des indications sur le désalignement et la désaffiliation en interaction : les tours 15 et 17 se chevauchent de manière compétitive et le superviseur continue son tour par la prescription de contacter Diego, tout en écrivant dans son dossier, ce qui ne lui permet pas de garder un contact visuel avec la thérapeute ; il ne peut donc pas voir qu'elle a cessé de sourire et que l'expression de son visage change tout à fait. Après le deuxième énoncé de la thérapeute se rapportant à sa posture et à sa difficulté relationnelle avec la patiente (ligne 20), le superviseur prend son tour avec la même prescription énoncée en ligne 18, qui ne se rapporte pas au tour précédent de la thérapeute mais qui s'inscrit en continuité avec son propre tour passé :

```

22 S il faut rappeler diego [pour parce que diego a dit euh:(.) #ET mais:(0.5)
23 T [ouais↓
24 #mord sa lèvre
25 S c'est(.)c'est une patiente↓ classique!(.)mais: assez FACILE! [xxxx
26 ----->§
27 T [ah OUI↑=
28 S =fouaisf
29 T #EOH[mon DIEU↑°j'en peux plus du tout↓°f
30 #jette la tête en arrière en riant
31 S [sha ha ha ha ha
32 §sourit ----->
33 +AH MOI [j-(.)depuis la PREMIÈRE FOIS elle m'énervé↓ [donc euh:
34 +hausse les sourcils
35 T [.hh j'arrive pas du tout↓ [#↑HM↑
36 #pince les lèvres
37 #.hh j'arrive PAS en fait↓ ça passe PAS!(.)et↑#elle me DÉ-TESTE=
38 #hausse les sourcils #hausse les sourcils
39 S =ouais=
40 ----->§
41 T =#mais VRAIMENT quoi↓
42 #hoche la tête et secoue légèrement les mains

```

Il suggère à nouveau d'appeler Diego et recourt au discours rapporté direct (DRS) pour préciser l'évaluation produite par sa collègue sur le fonctionnement de la patiente (lignes 22 et 26). La thérapeute s'aligne en chevauchements non compétitifs (lignes 23 et 27). Une co-construction topicale se manifeste par la technique du second locuteur (la thérapeute) qui enchaîne avec emphase (*ah OUI ↑*, ligne 27). Cette topicalisation, sous forme de première partie d'une paire adjacente, est suivie d'une validation de la part du superviseur en enchaînement rapide (*ouais*, ligne 28). La trajectoire topicale s'élabore avec le prolongement proposé par la thérapeute qui signifie que, contrairement à l'évaluation de Diego, elle ne considère pas le suivi comme « facile » (*OH mon DIEU ↑°j'en peux plus du tout ↓°*, ligne 29). La thérapeute reprend l'explicitation de sa posture personnelle dans ce suivi clinique de manière plus accentuée que dans les lignes 15 et 20. Elle recourt au pronom personnel (*j'en peux plus*) et à un lexique superlatif (*j'en peux plus du tout*), étendant de la sorte la première évaluation qui ne l'incluait pas de manière aussi directe (*c'est DUR*, ligne 15 ; *c'est DUR avec elle*, ligne 20). C'est alors que le superviseur s'aligne également sur le topic du registre affectif en énonçant sa propre posture

(*AH MOI, j-(.) depuis la PREMIÈRE FOIS elle m'énerve ↓*, ligne 33) ; il n'enrichit toutefois pas directement le tour précédent de la thérapeute, car il centre l'attention topicale sur son propre sentiment avec l'usage du pronom personnel (*AH MOI [...] elle m'énerve*). La thérapeute intervient par deux fois en chevauchements compétitifs (ligne 35) pour reprendre son tour. Par ces interventions, elle signifie un désalignement topical et oriente l'attention sur son propre vécu et ses propres difficultés. L'élaboration de la trajectoire se poursuit avec l'apport de la thérapeute qui lie l'évaluation de Diego (*une patiente classique et facile*) avec sa propre évaluation de la difficulté à établir une alliance thérapeutique (*hh j'arrive PAS en fait ↓ ça passe PAS !(.) et ↑ elle me DÉ-TESTE*, ligne 37). Elle renchérit (*mais VRAIMENT quoi ↓*, ligne 41) après un alignement rapide du superviseur (*ouais*, ligne 39). A ce point de l'échange, la convergence topicale du tandem est tout à fait réalisée. Dans les tours de parole qui précèdent, comme l'analyse topicale séquentielle l'a montré, les processus d'ajustement sont manifestés par des procédés langagiers variés : d'une part, grâce à des alignements progressifs sur le topic spécifique de la posture dans la relation à cette patiente ; et d'autre part, grâce à des rires et à des sourires qui se coordonnent difficilement, mais que la thérapeute produit en réponse à l'initiation de ceux du superviseur (ligne 16 en réponse à la ligne 10, et ligne 29 en réponse à la ligne 28) ; le sourire du superviseur s'efface à la ligne 40, au moment où la convergence topicale est réciproque

L'analyse de la dimension affective de ce deuxième extrait de la séquence permet de relever une implication forte de la thérapeute en continuité avec la première séquence. C'est à la ligne 29, alors qu'un premier signe d'alignement conjoint s'est produit, que la thérapeute initie le moment culminant de son implication, manifesté dans les tours de parole (lignes 29-30 et 35-38). Les signaux constitutifs du style discursif emphatique chez la thérapeute sont nombreux :

- augmentation du nombre de syllabes accentuées : 2 à la ligne 29, 5 aux lignes 35 et 37, et 2 à la ligne 41 ; globalement une densité nettement plus élevée dans l'extrait analysé comparé aux unités précédentes (lignes 1-6) et suivantes (lignes 43 et ultérieures hors transcription) ;
- au point de vue lexical : le recours au registre de l'affectivité (ne plus en pouvoir, ne plus y arriver, ne pas passer, être détestée) et une intensification de ces éléments lexicaux (*mon DIEU, plus du tout, pas du tout, VRAIMENT*) et leur accentuation à plusieurs reprises ;
- variations du volume sonore et des tonalités dans l'énoncé de la ligne 29 : une interjection (*OH*) et une accentuation (*DIEU*), immédiatement suivi d'une baisse significative de volume (*°j'en peux plus du tout°*) ;
- au plan syntaxique : l'usage du parallélisme dans la juxtaposition de deux phrases semblablement construites (*.hh j'arrive pas du tout ↓*, ligne 35) et (*.hh j'arrive PAS en fait ↓*, ligne 37) ;
- au point de vue des gestes et des mimiques du visage : bascule de la tête en arrière en riant (ligne 30), des mouvements de bouche (mord sa lèvre, ligne 24 ; pince les lèvres, ligne 36), plusieurs haussements de sourcils sur des énoncés impliqués affectivement (ligne 38), des hochements de tête et des mouvements de mains qui accompagnent le discours emphatique (ligne 42).

Le superviseur, quant à lui, présente moins d'indices d'implication que la thérapeute :

- des signes de rire sont présents (lignes 28, 31) et un sourire s'étend des lignes 32 à 40 ;
- une densité est augmentée dans le nombre de syllabes dans le tour de parole (lignes 31-34) comparé aux unités adjacentes (5 syllabes) ;

- recours au lexique du registre affectif (*elle m'énerve*, ligne 33) ;
- haussement de sourcils lors d'une interjection (lignes 33 et 34).

Après cette phase d'intense implication de la part du tandem, et de la thérapeute en particulier, la suite de l'interaction présente un abandon du style emphatique pour se déployer ensuite vers une activité de renseignement, puis de problématisation de la situation clinique :

```

43 S [elle-
44 T [elle est venue au: au der- la semaine passée↓ entre les téléphones où elle a
45   essayé de te [joindre↓
46 S                [ouais↓

```

Le superviseur initie un tour de parole (ligne 43), mais la thérapeute reprend en chevauchement compétitif (ligne 44). Elle apporte des informations complémentaires sur les événements passés et effectue ainsi une transition topicale, sur laquelle le superviseur s'aligne (*ouais* ↓, ligne 46). Il s'ensuit une description du fonctionnement relationnel de la patiente et des comportements observés par la thérapeute lorsqu'elle est en interaction avec elle.

Pour décrire la dynamique interactionnelle affective du tandem, nous présentons une mesure de l'implication de la thérapeute et du superviseur (figure ci-dessous). Nous avons comptabilisé, pour chaque tour de parole (TdP), le nombre d'indices d'implication et les avons reportés de manière chronologique. Pour rappel, l'analyse de l'implication d'un locuteur s'appuie sur la description des modifications du style de discours, du style non marqué affectivement à un style emphatique marqué (Voutilainen et al., 2014) ; pour les détails théoriques et méthodologiques (chapitres 2.2.3 et 4.3.4.3).

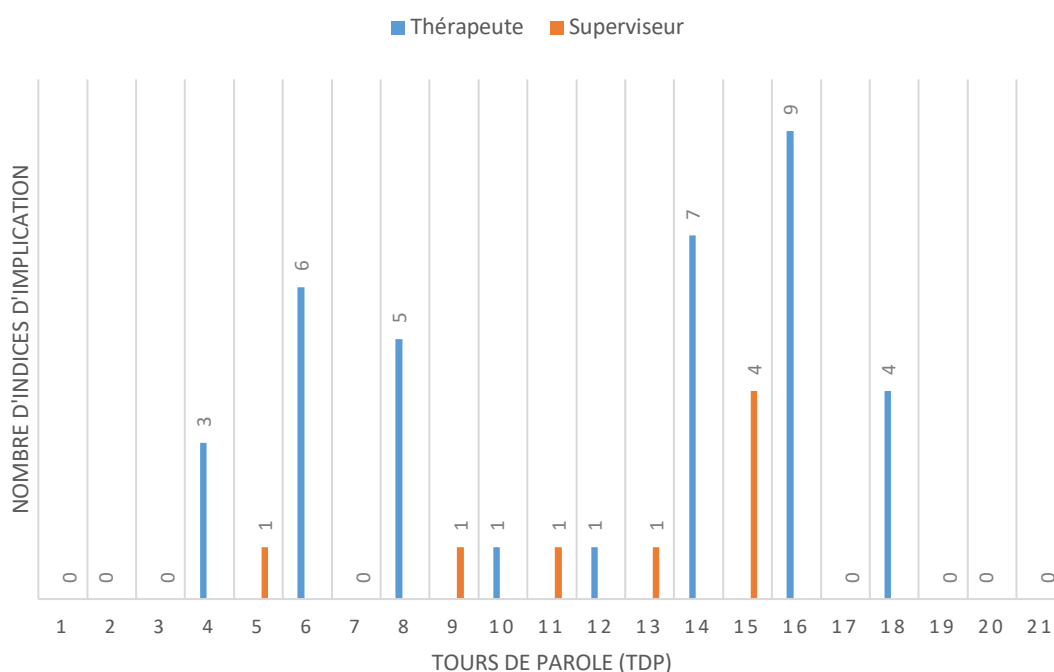


Figure 14: Dynamique de l'implication affective de TF3a

Ce graphique montre une implication globalement plus forte chez la thérapeute (un pic à 9 indices au 16^e TdP, ce qui correspond aux lignes 35-38), comparée à celle que manifeste le superviseur (le nombre maximal d'indices est de 4 au 15^e TdP, lignes 31-34). Deux moments d'implication de la thérapeute sont visibles : un premier à l'ouverture de la présentation clinique (entre le 4^e et le 8^e TdP, lignes 7-21) et un second entre le 14^e et le 18^e TdP (lignes 29-

42). Dans les deux cas, il s'agit de passages soudains : alors que le niveau d'implication de la thérapeute est nul avant le début de l'extrait (TdP 1-3), dès le premier énoncé de la nouvelle présentation clinique, les signes d'une implication montrent d'emblée un changement du style discursif, créant dès l'ouverture de la séquence, un net passage affectif. La thérapeute indique de manière multimodale sa posture dans la relation avec la patiente, demeurant néanmoins floue sur la difficulté éprouvée (*c'est dur avec elle*, lignes 15 et 20). Le superviseur ne modifie pourtant son style de discours que très légèrement (entre 0 et 1 indice d'implication). Le second passage d'un style discursif non marqué à un style fortement marqué survient soudainement après une phase intermédiaire de moindre implication (entre le 9^e et le 13^e TdP, lignes 22-28), lors desquels le superviseur prescrit de recontacter Diego, le clinicien. Ce registre factuel de l'échange est interrompu par la thérapeute en désalignement topical, ce qui induit un virage abrupt au plan de l'affectivité dans l'interaction. Cette altération subite du style de discours revêt une signification sociale. Autrement dit, le superviseur donne des signes amenant à constater qu'il a effectivement relevé le changement discursif. Cette compréhension du superviseur est rendue visible par une variation dans son implication lors de son tour et donc dans l'interaction (4 indices au 15^e TdP). Il s'ensuit aussitôt le moment culminant de l'implication de la thérapeute (9 indices au 16^e TdP, lignes 31-34), suivi d'une diminution de l'implication et, finalement, l'abandon d'un style emphatique. Cette décroissance contextualise la transition du point culminant à une phase d'élaboration de la signification de l'implication manifestée.

Cet extrait rend compte de l'organisation interactive de la démonstration d'une réciprocité des participants, visible entre les 14^{ème} et 16^{ème} TdP. Elle ne semble toutefois pas évidente a priori, car malgré les signaux d'implication de la thérapeute dans un premier temps interactionnel, le superviseur ne s'oriente pas de suite vers le registre affectif et ne produit donc pas de signe affiliatif concernant la posture de la thérapeute. Malgré un alignement topical global sur le fait d'initier l'analyse de la situation clinique de Mme Felini, la négociation du registre selon lequel la thérapeute souhaite déployer l'activité de supervision se donne à voir dans la phase intermédiaire (entre les 9^e et 13^e TdP). L'analyse fine des interactions a permis d'observer que c'est le travail d'articulation des multiples éléments topicaux proposés par les participants qui a permis au tandem de réaliser activement et conjointement une convergence topicale et affective dans ce début d'analyse clinique. Cet extrait montre également que la démonstration d'une réciprocité en interaction survient dans un moment séquentiel significatif : tout d'abord, consécutivement à plusieurs manifestations d'implication de la thérapeute, puis, suite à une convergence topicale minimalement négociée, et finalement, au moment de l'implication du superviseur.

Cette première analyse est représentative des séquences de la collection qui dévoilent l'implication des thérapeutes, dans leur émergence soudaine et sans contextualisation progressive de leur posture. La compétence du superviseur réside alors dans la capacité à s'aligner au topic général de la séquence (la relation thérapeutique), et à identifier les enjeux affectifs du thérapeute dans sa relation au patient, ainsi qu' à signifier une forme de réciprocité dans l'implication manifestée.

6.2.2. L'émergence progressive de l'implication du thérapeute

Le deuxième extrait provient d'une séance de supervision qui est consacrée à l'analyse d'un entretien de famille qui a beaucoup éprouvé la thérapeute. Dans les trente premières minutes

de la séance, elle décrit la dynamique familiale et les comportements du père de son patient qu'elle décrit comme agressifs et dénigrants à son égard. Le tandem alterne des activités de renseignement et d'enseignement lors desquelles la superviseure décrit et simule des interventions systémiques comme techniques utiles dans cette situation clinique. Avant la première variation du style de discours, la superviseure argumente sur l'importance d'intervenir auprès du père de manière à lui faire part des effets émotionnels de ses agressions verbales sur le fils (lignes 1-6):

TE4c (29:24-29:45)

```

1  S tu vois(.)on crée [des ponts↓sur qu'est-ce que ça peut faire↓mais tou::t le&
2  T                                     [ #hm hm↓
3                                     #hoche la tête en regardant S----- >
4  S & monde est touché dans le truc parce que en faisant ça la mère*va::
5                                     *tourne les
6  doigts vers sa tempe
7  donc ça te permet de(.)de: de de de:(1.0)observer↑ mais SURTOUT de pas tomber
8  chez TOI
9  T +°hm° (2.0)
10 +hoche légèrement la tête et détourne le regard vers le sol
11 S parce que c'est VIOLENT après une séance comme ÇA↑ tu sors LESSIVÉE=

```

La superviseure formule un énoncé conclusif (*donc ça te permet de(.) de: de de de: (1.0) observer ↑*, ligne 7), avant d'effectuer une transition topicale dans le même TdP. Son intonation montante au milieu d'énoncé et l'usage du marqueur discursif « mais » indiquent qu'elle prolonge son tour et qu'elle glisse du topic jusqu'alors consacré aux techniques d'entretien systémiques au topic affectif (*mais SURTOUT de pas tomber chez TOI*, lignes 7-8). Suite à l'alignement de la thérapeute, signifié par un continuateur vocal prononcé avec un léger hochement de tête et une longue pause (lignes 9-10), la superviseure poursuit le développement du topic (*parce que c'est VIOLENT après une séance comme ÇA tu sors LESSIVÉE*, ligne 11). Le lexique est centré sur l'affectivité et propose un lien entre la dimension émotionnelle dans les interactions en entretien de famille (*c'est VIOLENT [...]une séance comme ÇA*) et une posture affective de la thérapeute supposée par la superviseure (*tu sors LESSIVÉE*). Du point de vue de l'affectivité dans ce début d'extrait, plusieurs indices sont apparents au long du discours de la superviseure, indiquant le passage à un discours emphatique : l'augmentation du nombre de syllabes accentuées (9 syllabes) et l'intensification des éléments lexicaux du registre affectif (*tomber, violent, lessivée*). Ces indices se situent dans le discours de la superviseure alors qu'elle ne produit pas de récit d'expérience lié à un vécu personnel ; on peut l'interpréter comme une stratégie langagière d'implication de l'interlocutrice, si l'on considère ses effets observables sur la thérapeute. Tout d'abord, lors de son alignement topical (ligne 9), la thérapeute non seulement acquiesce en hochant la tête, mais elle détourne le regard (ligne 10), qui était orienté vers la superviseure depuis plusieurs minutes. La superviseure exploite alors le silence et étaye le topic qu'elle vient d'initier en augmentant les signes d'emphase dans son propre discours (ligne 11). Aussitôt, la thérapeute prend la parole et développe le topic affectif, formulant pour la première fois dans la supervision une évaluation de sa posture affective dans l'entretien clinique présenté.

```

12 T =+je suis rentrée chez moi j'ai pleuré↓(1.0)bon j'ai eu une journée très dure
13 +hausse les sourcils, ferme les yeux et hoche la tête ----->
14 *mais: pas QUE à cause D'EUX mais:(0.5) mais je suis rentrée chez moi je&
15 S *pointe la main vers T en hochant la tête vigoureusement
16 T &pleurais↓ et je me suis dit(.)+j'suis nu:lle fj'suis une mauvaise &
17 ----->+                               +secoue la tête puis sourit ----->

```

18 &psychia:tref *j'sais rien fai:re(.)c'est +horrible↓
 19 ----->+ +hausse les sourcils,hoche la tête

En enchaînements rapides de tours, la thérapeute s’aligne sur la proposition topicale de la superviseure et décrit son état émotionnel suite à l’entretien de famille qu’elle avait décrit comme difficile (*je suis rentrée chez moi j’ai pleuré↓; j’ai eu une journée très dure*, ligne 12). Pour préciser sa description, elle recourt à la pensée rapportée (*je me suis dit(.)je suis nulle j’suis une mauvaise psychiatre j’sais rien faire*, lignes 16-18). Le lexique se situe dans le registre du vécu émotionnel (pleurer) et de l’évaluation de la posture affective personnelle (être nulle, être une mauvaise professionnelle, ne rien savoir faire).

Au plan de l’implication de la thérapeute dans ce TdP (lignes 12-19), de nombreux signes d’emphase sont visibles :

- les éléments lexicaux du registre affectif sont plus nombreux que dans le discours précédant l’extrait et sont soulignés par différentes stratégies vocales comme par exemple l’usage de pauses marquées avant et après les énoncés qui font mention que la thérapeute a pleuré (lignes 12 et 16) ;
- l’usage d’un parallélisme, figure de style qui consiste en une répétition d’un segment de phrase construit de manière semblable (*je suis rentrée chez moi j’ai pleuré↓*, ligne 12) ; (*mais je suis rentrée chez moi je pleurais↓*, lignes 14-16) ;
- la thérapeute hausse les sourcils, ferme les yeux et hoche la tête en continu durant le début de son tour (lignes 12-17) et cela se prolonge avec son évaluation négative d’elle-même (lignes 16-19) ; ces comportements contrastent avec le peu de mouvements avant sa prise de parole et indiquent un changement de posture, particulièrement l’activation des muscles du visage (comme les haussements de sourcils) que la littérature relate comme étant un indicateur fort de la posture affective des locuteurs (Voutilainen et al., 2014) ;
- la pensée rapportée est formulée dans une organisation rythmique emphatique grâce à des allongements vocaliques (*je suis nu:lle*, ligne 16 ; *je suis une mauvais **psychia:tre** ; j’sais rien **fai:re***, ligne 18) et une cadence marquée par la scansion d’assertions évaluatives (lignes 16 et 18).

Cependant, malgré ces nombreux signes d’implication affective à connotation triste et douloureuse, la posture de la thérapeute s’avère mixte ; cette ambivalence se manifeste par les particules de rire dans la voix accompagnés d’un sourire (lignes 16-19), qui pourraient également être interprétés comme une gêne, car ils ne concordent pas avec le contenu des énoncés produits.

Du point de vue de l’élaboration conjointe du sens donné à la posture affective de la thérapeute dans la situation d’entretien de famille, l’analyse séquentielle de l’extrait montre une construction progressive tour après tour. D’abord, des lignes 7 à 11, la superviseure augmente les signes d’implication dans ses énoncés en introduisant le topic de l’affectivité. Puis, aux lignes 12 à 19, la thérapeute s’aligne au topic proposé et s’affilie à la posture suggérée par la superviseure en s’engageant dans une formulation très impliquée et descriptive de sa posture affective suite à l’entretien de famille dont il est question dans l’analyse de pratique. A la ligne 15, la superviseure manifeste explicitement un encouragement au TdP en cours (pointe la main vers la thérapeute en hochant la tête vigoureusement). Ce comportement survient après la première évocation des émotions douloureuses de la thérapeute (*j’ai pleuré*, ligne 12). Dans l’enchaînement rapide des énoncés et des gestes, la thérapeute suspend, par une courte pause, une transition fugace vers une réduction de son implication (*bon j’ai eu une journée très dure*

mais pas QUE à cause d'EUX (0.5), lignes 12 et 14). Elle reprend aussitôt la description de sa posture éprouvée, là où elle l'avait initiée, c'est-à-dire au fait qu'elle pleurait en rentrant chez elle. Ce mouvement de pointage de la superviseure (ligne 15) survient comme une signalisation de la caractéristique déterminante et attendue dans le développement en cours ; ce que la thérapeute semble bien l'interpréter, puisqu'elle développe non seulement le topic par un récit (la pensée rapportée) mais elle l'énonce de manière fortement impliquée. La suite de l'interaction confirme l'analyse séquentielle présentée ci-dessus : la superviseure valide verbalement et gestuellement le développement de la thérapeute, indiquant que son analyse de la posture affective est pertinente et valorisée :

```

20 S                               *s'avance sur son fauteuil vers T et tend la main vers T
21  mais tu vois↑
22 T +hm↓[NON il est(.) *le PÈRE↑ je pense qu'il est:
23  +hausse les sourcils en hoche la tête
24 S      [.hh
25                               *s'installe au fond de son fauteuil
26 T LA c'est peut-être un truc que MOI je dois travailler éventuellement
27  probablement plus en psychothérapie qu'en supervision mais(.)quand le fils
28  m'a regardée en disant

```

La superviseure s'avance vers la thérapeute avec son corps et un geste de la main, au milieu du tour de celle-ci, signifiant une affiliation au récit de la thérapeute (ligne 20). Puis, par la première partie de paire adjacente, la superviseure invite la thérapeute à développer davantage. Toutefois, la forme elliptique de la question (*mais tu vois ↑*, ligne 21) passe sous silence les éléments précis qui sont soutenus et attendus par la superviseure pour la suite de l'échange. La trajectoire topicale change alors (*hm↓ NON il est (.) le PÈRE je pense qu'il est;*, ligne 22) et quitte le registre affectif pour une phase de renseignement touchant le père du patient. La superviseure montre vouloir prendre la parole par une inspiration en chevauchement compétitif (ligne 24) mais renonce, bien qu'une micro-pause de la thérapeute lui offre une opportunité de prendre son tour. Au contraire, la superviseure laisse la parole à la thérapeute en s'installant au fond de son fauteuil (ligne 25). Il s'en suit une longue phase de renseignement centrée sur les événements survenus dans l'entretien clinique, et plus particulièrement sur les interactions entre les membres de la famille. L'analyse fine a permis de décrire, pas à pas, les ajustements réciproques de l'implication au cours de l'interaction. Elle a rendu visibles les manifestations de l'implication des participants ainsi que le processus d'implication de la thérapeute par la superviseure grâce à des ressources langagières multimodales.

Comme pour l'extrait précédent, nous présentons graphiquement la dynamique affective interactionnelle du tandem (figure 15), selon le nombre de signes d'implication par TdP pour chaque participant. Le 4^e TdP dévoile une particularité, visible dans les lignes 12 à 19 de la transcription, que nous avons traitée de manière à la rendre observable dans le graphique. Au milieu du TdP de la thérapeute, la superviseure pointe la main vers elle en hochant la tête vigoureusement (ligne 15). Ce comportement ne peut pas être considéré comme un TdP, mais il a provoqué une influence dans le déroulement des interactions suivantes. Le graphique signale donc un allongement de l'échelle ordinale au 4^e tour, auquel nous donnerons un sens, au vu de l'analyse séquentielle de la dynamique d'implication du tandem.

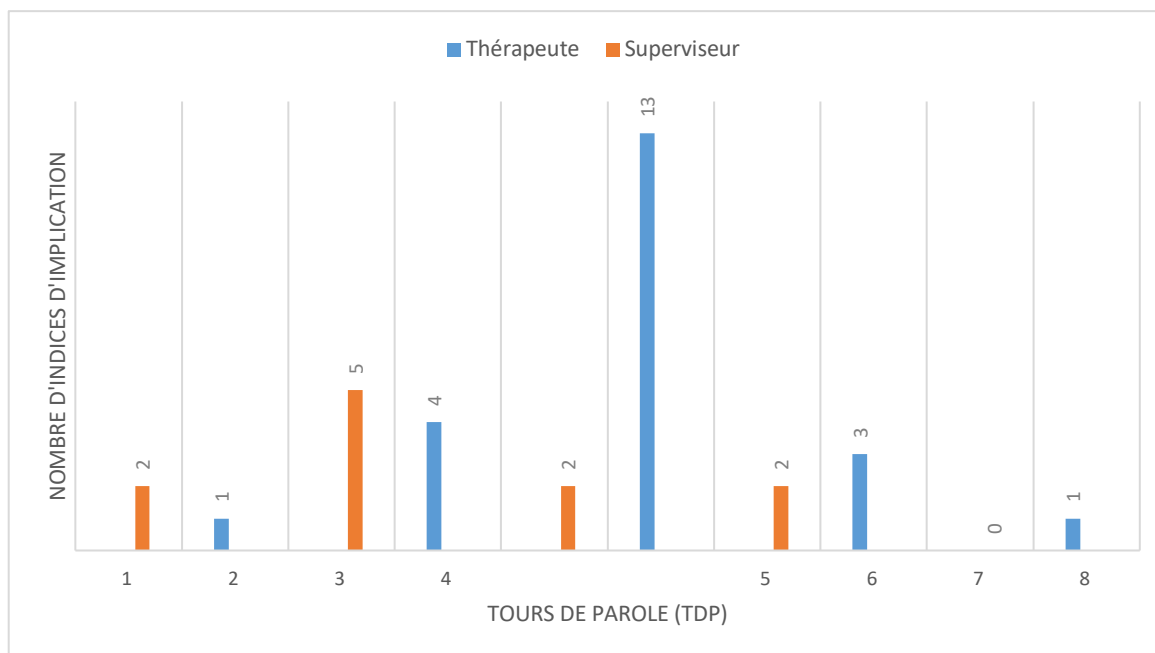


Figure 15: Dynamique de l'implication affective de TE4a

Ce graphique offre une vision du processus d'implication progressive de la thérapeute. Les manifestations d'implication sont présentes chez les deux participantes de manière assez homogène (entre 1 et 5 indices), excepté le pic à 13 indices pour la thérapeute au cours du 4^{ème} TdP. Du point de vue de la séquentialité, cet extrait montre un passage graduel au style emphatique du tandem, avec une progression des indices constitutifs du style marquée par rapport aux unités initiales. Le niveau d'implication du tandem est nul durant les échanges avant l'extrait transcrit, lorsque la superviseure mène une activité d'enseignement des techniques systémiques ; ces échanges constituent le tiers comparatif pour les analyses. Le passage à un style plus emphatique est graduel et initié par la superviseure (lignes 7-8, au 1^{er} TdP). Suite à la très légère variation affective de la thérapeute (lignes 9-10, 2^e TdP) et au silence qui s'en suit, la superviseure formule un énoncé qui présente une augmentation des signes d'implication (5 signes au 3^e TdP). La thérapeute réagit alors et augmente, elle aussi, son style de discours affectif (4^e TdP). Le graphique souligne l'effet produit par les énoncés de la superviseure sur l'implication de la thérapeute, orientant progressivement l'échange vers le registre affectif. Pourtant, malgré l'évocation d'un comportement douloureux (*je suis rentrée chez moi j'ai pleuré*, ligne 12), la thérapeute hésite à continuer son dévoilement (présence d'une pause) et enchaîne en débutant un énoncé qui tend à diminuer son implication et relativise l'impact de cet entretien-là spécifiquement (lignes 12-14). C'est à ce moment précis, au milieu du 4^e TdP, que la superviseure soutient la production de la thérapeute par un pointage et un hochement de tête vigoureux. La thérapeute relance alors l'explicitation de sa posture de manière très emphatique, dans le contenu de l'évocation affective et dans la manifestation du présent pragmatique de la supervision. En manifestant 13 signaux d'implication, elle signifie à la superviseure l'émotion éprouvée (la tristesse), la posture personnelle (la pauvre estime de soi) et professionnelle (l'incompétence), ainsi qu'une évaluation négative de la situation (horrible). L'abandon du style emphatique est visible sur le graphique dès le 6^e TdP, par une diminution de l'implication de la thérapeute (3 indices). Cette altération de style après le point culminant indique une transition vers une élaboration de la signification de l'implication, malgré une tentative de la superviseure de soutenir un développement du processus en cours (lignes 20-21, 5^e TdP). Ce passage graduel à un style non

marqué montre dans les analyses fines des transcriptions que les indices d'implication concernent principalement les signes gestuels et vocaux, le registre affectif du topic ayant été abandonné.

Cette analyse s'inscrit dans la continuité des travaux sur la gestion collective des trajectoires affectives en interaction, qui parlent le phénomène de « monitoring des actions conversationnelles » (Voutilainen et al., 2014). Selon ces auteurs, « Conversation analytical understanding of interaction involves that the participants constantly monitor each other's action in terms of their sequential implications: what kind of action is in question, what kind of response it makes relevant and how the response should be timed » (ibidem, p.20).

6.2.3. Les signes d'implication dans le discours des superviseurs

Les moments d'implication des superviseurs constituent une minorité par rapport aux moments d'implication des thérapeutes. Cependant, il est intéressant de relever que l'affectivité dans les interactions de supervision concerne également les superviseurs. Nous présentons donc ci-dessous une séquence dans laquelle apparaissent deux moments très courts d'implication d'une superviseure.

L'extrait suivant se situe dans une séance de supervision au cours de laquelle le tandem analyse un entretien que la thérapeute a mené avec le patient et sa famille. La thérapeute décrit sa difficulté à garder un certain leadership dans les échanges entre les participants à l'entretien. Elle décrit avoir été « happée » dans la dynamique relationnelle et dans les enjeux familiaux. La superviseure enseigne les techniques d'interventions systémiques en décrivant et simulant des interactions avec les membres de la famille en thérapie, en se basant sur les informations dispensées par la thérapeute en début de supervision. Elle explique également le paradoxe qui existe entre la posture médicale et la posture de thérapeute de famille : la première consiste à être un interlocuteur expert et à répondre aux familles, alors que la deuxième exige de faire dialoguer les personnes entre elles. La superviseure enseigne avec une intonation générale basse sans variation d'amplitude, un rythme régulier et des mouvements de mains qui accompagnent parfois ses énoncés ; par exemple, elle désigne des interlocuteurs fictifs dans le bureau lors des simulations d'interventions, elle effectue des mouvements circulaires des mains lors de la description des interactions visées. Ces éléments paralinguistiques ne dénotent aucune d'emphase. Pendant ce temps, la thérapeute prend des notes et regarde la superviseure par intermittence. L'extrait débute après que la thérapeute a formulé ce qu'elle a retenu de l'enseignement et ce qu'elle compte appliquer dans les prochains entretiens de famille :

TB5a (16:24-17:50)

```

1  T ouais(.)mais euh: effectivement↓ non mais ça je pourrai être attentive euh
2  << ---- prend des notes----->+
3  même dans mes futurs entretiens de famille↑même que je fais à l'hôpital parce
4  qu'on en fait beaucoup à l'hôpital [et pis euh:
5  S [°ouais°
6  et si tu +SENS en TOI↑(.)parce qu'après↑(.)nous on est↑(1.0)on est le:(2.0)
7  +une main sur le cœur puis la deuxième----- >
8  le meilleur(.)indicateur de +la dynamique↑c'est aussi ce qu'on RESSENT=
9  ----- >+ +petits mouvements des deux mains près du cœur->
10 T = >HM HM HM HM< °tout à fait↓°
11 S et si↑(.)si:(0.5)après faut [REPÉRER ce qu'ils te font RESENTIR parce que(.)
12 T [°ouais°

```

Ce premier extrait de la séquence débute donc par un commentaire général de la thérapeute. L'analyse topicale montre que ce tour de parole prend la forme d'une pré-clôture, visible par l'épuisement topical en fin de tour (résumé du topic en cours, lignes 1-3, utilisation du marqueur « et » qui suggère un autre projet topical, *et pis euh:*, ligne 4) et par la marque d'accord de la pré-clôture par la superviseure (*ouais*, ligne 5 ; diminution du volume de la voix). La superviseure introduit ensuite spontanément un nouveau topic (le ressenti interne de la thérapeute), avec le marqueur « et » en début de tour (ligne 6). Elle accentue aussitôt le verbe « sentir » et le pronom « toi » (ligne 6), en portant ses mains au cœur (ligne 7). Malgré l'usage de ces pronoms qui adressent, directement et avec insistance, le nouveau topic à la thérapeute, la superviseure s'interrompt et enchaîne avec un argumentaire qui soutient son propos (*et si tu SENS en TOI ↑(.) parce qu'après ↑(.)*, ligne 6). Elle recourt ensuite aux pronoms « nous » et « on » qui indiquent son implication dans le développement topical en cours (*nous on est ; on est le* (ligne 6) ; *c'est aussi ce qu'on ressent*, ligne 8). La thérapeute s'aligne sur cette nouvelle phase topicale par des marqueurs d'intérêt vocaux et lexicaux (*HM HM HM HM tout à fait*, ligne 10), qui invitent la superviseure à développer ; ce que fait la superviseure en ajoutant des prescriptions d'action en lien avec le thème du ressenti (*et si ↑(.) si: (0.5) après faut REPÉRER ce qu'ils te font RESSENTIR*, ligne 11). Après quoi, la thérapeute s'aligne en chevauchement de tours sans interrompre la superviseure (ligne 12).

Du point de vue de l'affectivité, plusieurs signes constitutifs d'une variation de l'implication de la superviseure sont observables dans ce premier extrait :

- Plusieurs éléments lexicaux du registre affectif sont introduits par la superviseure (*SENS en toi*, ligne 6 ; *ce qu'on RESSENT*, ligne 8 ; *ce qu'ils te font RESSENTIR*, ligne 11) ; ils sont énoncés de manière accentuée
- Il y a une densification du nombre de syllabes accentuées (10 syllabes)
- Les pronoms utilisés par la superviseure changent en cours de tour de parole: ils désignent d'abord la thérapeute, puis ils incluent la superviseure (*si tu sens en toi [...]* *nous on est [...]* *on est*, ligne 6 ; [...] *on ressent*, ligne 8). Le *déixis* personnel se déplace donc de la thérapeute vers une désignation collective qui implique la superviseure par rapport au thème du ressenti des thérapeutes
- Le rythme est interrompu par des pauses et des micro pauses dans les TdP de la superviseure (lignes 6, 8, 11)

La variation est repérable par rapport au style de discours présent dans les tours précédents de la superviseure et du tandem en général. Le passage du style « normal » selon la ligne de base des locuteurs à un style ayant plus d'emphase semble graduel, particulièrement en regard de la suite de l'interaction.

Après une micro pause (ligne 11), la superviseure initie une nouvelle phase de l'interaction, donnant à voir une progression de son implication :

```

13 S moi je SAIS que dans des dynamiques comme ÇA↑(1.5) je SUPPORTE PAS
14 *l'injustice↓=
15 *secoue la tête
16 T = > #ouais ouais< .hh
17 #hoche la tête puis sourit légèrement----->
18 S qu'on *qu'on qu'on commence à(.) à +*AGRESSER à #DISCRIMINER à(.) je SUPpor- &
19 ----->+ +mouvements amples des bras ----->
20 *hausse les sourcils *mouvements amples de la tête ----->
21 T -----># #hoche la tête fortement---->
22 S &je pourrais fÉTRIPER #L'AUTREF et <*dès que +je commence à sentir ÇA↑>(.)
23 S ----->+ +mains près du cœur----->+
24 ----->* *visage sérieux
25 T -----># #hoche la tête et sourit fortement----->#

```

La superviseure initie son tour par une extension du tour précédent (*dans des dynamiques comme ÇA*, ligne 13). Elle développe le thème du ressenti par l'explicitation de sa posture face à l'injustice. Elle formule une évaluation de ces dynamiques familiales en séance de thérapie les jugeant insupportables et injustes (*je SUPPORTE PAS l'injustice*, lignes 13-14). La thérapeute soutient verbalement le récit de la superviseure (*ouais ouais*, ligne 16) en enchaînement rapide de tours et de manière gestuelle en hochant la tête et en souriant (ligne 17). A ce stade de l'interaction, l'implication de la superviseure semble s'inscrire dans la continuité de la première phase, avec :

- quelques mots accentués (*je SAIS [...] comme ÇA [...] je SUPPORTE PAS*, ligne 14)
- un registre lexical du domaine de l'affectivité (*supporter*, ligne 13 ; *l'injustice*, ligne 14) et une centration sur le ressenti personnel par l'usage du pronom de la première personne (*moi je SAIS [...] je SUPPORTE PAS*, ligne 13)
- des mouvements de la tête qui accompagnent le discours (ligne 15).

Pourtant, la thérapeute signifie une légère modification de sa posture affective à l'égard de la superviseure car elle sourit en encourageant son récit (ligne 16-17). Ce nouvel élément gestuel, aussi ténu soit-il, indique une variation dans le comportement de la thérapeute. Il précise la co-élaboration du topic et le début de la construction d'une affectivité partagée. C'est dans le tour suivant (lignes 18-24) que se donne à voir l'apogée du récit de la superviseure et la manifestation marquée de son implication :

- Elle initie son tour par des balbutiements et des répétitions qui accélèrent le rythme en induisant une cadence isochrone très courte (*qu'on qu'on qu'on commence à(.) à*), qui se poursuit sur un même rythme par des scansions (*à AGRESSER à DISCRIMINER à(.)*, ligne 18)
- Le nombre de syllabes accentuées se densifie (13 syllabes accentuées)
- Les éléments lexicaux du registre affectif sont intensifiés par un marquage tonique (AGRESSER, DISCRIMINER, SUPPORTE, ETRIPPER L'AUTRE, sentir ÇA) et par des particules de rires dans l'expression « étripper l'autre »
- Les signes gestuels se multiplient également avec un haussement de sourcil accentué en début de tour, une amplification des mouvements des bras et de la tête jusqu'à l'énonciation du comportement formulé au conditionnel « d'étripper l'autre » (ligne 22)

Cette phase de l'extrait montre une variation du style discursif de la superviseure par la multiplication des signaux d'implication et l'accentuation de leur marquage. Ce contraste de style par rapport aux phases précédentes et en particulier au début de la séance (hors transcription) semble permettre à la thérapeute d'interpréter le récit de la superviseure comme marqué d'affectivité, signifiant une implication augmentée de son interlocuteur. Sur un plan interactionnel, la thérapeute présente des signes affiliatifs tels que des hochements de tête aux deux moments d'intense implication de la superviseure et des sourires qui s'intensifient, eux aussi, en miroir des indices multimodaux de l'emphase affective chez la superviseure (lignes 17-21-25). Cet alignement emphatique au point culminant du récit de la superviseure indique une forme de réciprocité des participants à l'interaction, phénomènes que nous détaillerons, dans le chapitre (2.3) ; ces phénomènes d'alignement dans les actions conversationnelles et de construction d'une affectivité partagée par l'affiliation du superviseur sont distincts mais néanmoins liés dans la régulation de l'affectivité au cours des interactions. Alors que le récit de la superviseure culmine en milieu de tour, une bascule s'effectue ensuite dans la dynamique de l'interaction (*et dès que je commence à sentir ÇA ↑*, ligne 22). La superviseure effectue une transition topicale en recyclant les thèmes précédemment initiés :

le ressenti des thérapeutes comme meilleur indicateur de la dynamique des familles (lignes 6-8) et le repérage de ce que font sentir les familles au thérapeute lors des entretiens thérapeutiques (ligne 11). Elle ouvre ainsi la dernière phase de la séquence analysée dans laquelle le tandem détermine les recommandations pragmatiques des interventions à mener dans les dynamiques d'entretiens de familles dont il est question :

```

26 S +là il faut remettre au juste les choses↑donc faut REMETTRE du POUVOIR à
27 +mime avec les mains en ponctuant les gestes aux mots accentués----->+
28 l'autre↑(0.5)MÊME s'il faut protéger en disant <°j'ai l'impression que↑>(.)
29 <↑mais demandez-lui°>=
30 T =#hm hm=
31 #hoche la tête----->
32 S =s'il peut pas on soutient on souffle des idées↑mais de remettre up parce
33 que=
34 T =ouais=
35 ----->#
36 S =+TAPER sur quelqu'un↑(.)PAS devant MOI hein↑(.)Émoi je[SUPPORTE PAS ÇA]f
37 +accentuation des mouvements de mains et de la tête----->+
38 T [#>ouais ouais<
39 #hoche la tête
40 +>ouais ouais<(0.5)
41 S +pause les mains sur son ventre
42 T mais de PAS juste faire le::pas juste faire le paravent↑
43 -fin[le:
44 S [+ou[le policier
45 +mouvements accentués des mains
46 T [le +bouclier[ou le policier↑
47 S +hoche la tête fortement ----->
48 [ouais↓ouais↓
49 T mais de: finalement redonner↑ [euh:la parole à: à la personne qui:ouais[ouais↑
50 S [.ouais↑ [parce
51 que LÀ on est thérapeutique↓=
52 ----->+
53 T =ouais(.)non je vois ce que vous voulez dire ouais(.)je: pourrai progresser
54 à ce niveau-là↓ ouais

```

La superviseure décrit les actions thérapeutiques à entreprendre (*là il faut remettre au juste les choses ↑ donc faut REMETTRE du POUVOIR à l'autre ↑*, lignes 26-28 ; *MÊME s'il faut protéger*, ligne 28 ; *on soutient on souffle des idées [...] remettre up*, ligne 32). Elle utilise des verbes d'action en insistant sur le fait de redonner du pouvoir au patient (sous-entendu dans le terme « l'autre » (ligne 28)). La thérapeute s'aligne sur cette transition topicale par des signes verbaux et gestuels (lignes 30-31 et 34-35). Les signes d'implication de la superviseure se sont atténués et sont rendus visibles par la réduction de l'amplitude des gestes de bras et de la tête, le visage sérieux, la rythmicité plus lente du comportement, la réduction des contrastes, la diminution du nombre d'éléments lexicaux du registre affectif. L'abandon du style emphatique après le point culminant du récit permet à la superviseure de signifier une transition vers l'élaboration de la signification du thème de l'implication. Pourtant, subitement, la superviseure recycle le thème de son ressenti insupportable face aux situations d'agression et de discrimination déployé aux lignes 18 à 22. Elle manifeste dans un tour de parole unique une implication marquée (*TAPER sur quelqu'un ↑(.)PAS devant MOI hein ↑Émoi je SUPPORTE PAS ÇA ↓É*, lignes 36) ; cette implication est signifiée par une densité élevée de syllabes accentuées dans le seul énoncé (9 syllabes), un rythme cadencé marqué par des micro pauses, des pics de tonalité plus élevés, une intensification des éléments lexicaux liés à l'affectivité (*taper ; ne pas supporter*), une accentuation des mouvements et de leur amplitude durant le TdP. Dès l'alignement multimodal de la thérapeute (lignes 38-40), la superviseure modifie à nouveau aussitôt l'intensité de son implication en posant les mains sur son ventre (ligne 41). La

thérapeute initie alors son tour en chevauchement compétitif (ligne 38) et débute une transition topicale en recyclant le thème des interventions concrètes (*mais de PAS juste faire le::pas juste faire le paravent ↑*, ligne 42) ; elle réalise en formulant une première partie de paire adjacente. La superviseure s’aligne clairement sur cette prise de tour en contribuant à l’élaboration conjointe du topic centré sur la technique thérapeutique (lignes 44-48). Chaque prise de parole indique la contribution de chacune par des énoncés en chevauchements et des reprises en écho du lexique employé par la locutrice précédente. La gestuelle de la superviseure (lignes 45 et 47) soutient l’évaluation positive de la co-construction d’une posture thérapeutique commune (*ouais ↓ ouais ↓*, ligne 48 ; hochements de la tête prononcés, lignes 47 à 51). Une séquence de clôture est élaborée conjointement, d’une part initiée par la thérapeute qui formule un énoncé synthétique récapitulatif (*mais de: finalement redonner ↓ euh:la parole à :à la personne qui;*, ligne 48), et, d’autre part, complétée par la superviseure en chevauchement de tours (*parce que LÀ on est thérapeutique ↓*, ligne 51). La thérapeute clôt la séquence au moyen d’un énoncé conclusif qui évoque sa volonté de progresser à propos du topic déployé durant la supervision jusqu’à ce point (*ouais(.)non je vois ce que vous voulez dire ouais(.)je: pourrai progresser à ce niveau-là ↓ouais*, lignes 53-54).

L’implication de la superviseure évolue au cours des échanges et donne à l’interaction une dynamique séquentiellement ordonnée que nous représentons dans la figure ci-dessous :

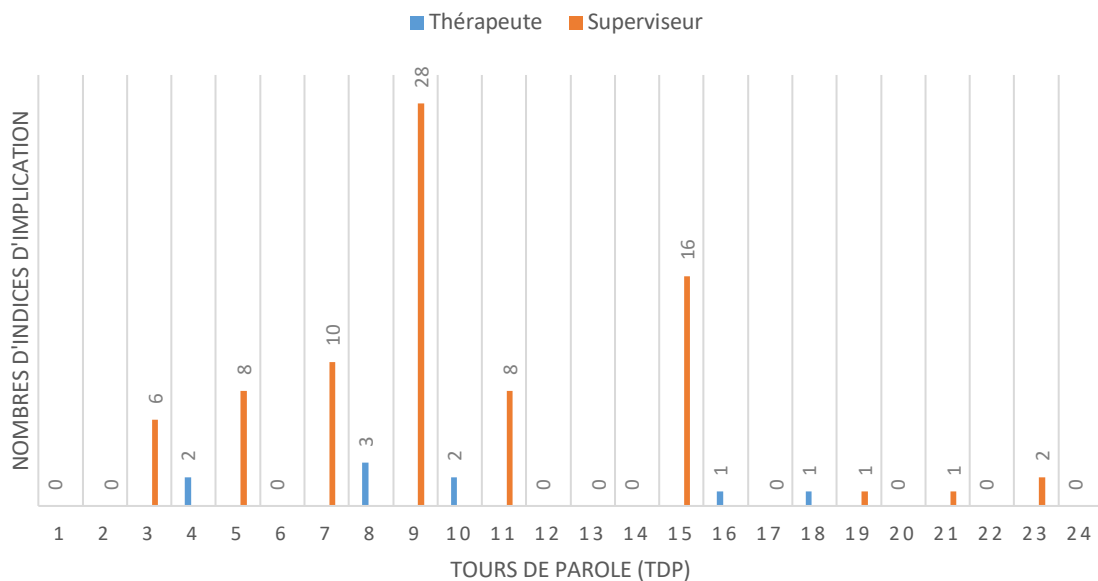


Figure 16: Dynamique de l’implication affective de TB5a

Ce graphique montre une augmentation progressive de l’implication de la superviseure jusqu’à un pic (9^e TdP, lignes 18-24) correspondant aux éléments centraux de la posture affective développés par la superviseure à propos de son ressenti personnel de la discrimination des patients. Cette modification graduelle sert à la construction du récit et à la mise en évidence du point culminant et significatif du discours de la superviseure. Cette stratégie langagière permet l’organisation séquentiellement ordonnée de l’interaction et favorise l’interprétation du destinataire. La thérapeute présente également une évolution de son implication mais de manière nettement moins marquée. Ce phénomène interactionnel de la dynamique d’implication « en miroir » fait écho à la littérature sur les *storytelling* qui ont montré l’accompagnement des destinataires à la production des récits d’expériences. Ensuite,

l'implication de la superviseure décroît (10^e et 11^e TdP) jusqu'au point d'absence d'indices observables (12^e, 13^e et 14^e TdP). Cette phase décroissante, après un pic d'implication, a été décrite dans la littérature comme l'élaboration conjointe d'une signification partagée des interactants à propos de la situation narrée. Puis, un deuxième pic d'implication survient au 15^e TdP de manière abrupte, intense et sans décroissance progressive visible dans les tours suivants. Ce passage soudain d'un style discursif non marqué affectivement à un style emphatique rend manifeste un pic d'implication de la part de la superviseure sur le topic développé et sur sa posture affective en particulier. Ce recyclage topical soudain, dans une séquence au registre affectif marqué, correspond à ce que la littérature décrit comme la sollicitation d'une réponse affiliative par un locuteur lorsque le destinataire ne présente pas (ou pas assez) d'indices d'une posture affective partagée. Dans l'extrait analysé, aucun signe d'implication de la part de la thérapeute n'est observable dans cette deuxième phase, contrairement à la première. Le retour à un style discursif « normal » dans les habitudes du tandem reprend ensuite dès le 16^e tour et se poursuit au de-delà de l'extrait présenté.

Au début de ce chapitre, nous avons constaté que travailler la relation thérapeutique en supervision comprend le développement de topics du registre de l'affectivité (chapitre 5.1) c'est-à-dire le développement de thématiques qui abordent les émotions du thérapeute dans sa relation au patient ou la relation thérapeutique elle-même. Se former à la relation thérapeutique consiste donc à éclairer (ou faire expliciter) le vécu affectif et à thématiser les enjeux relationnels entre thérapeute et patient. Ce travail de mise en mots du thérapeute engage les tandems dans une expérience conjointe d'une affectivité dans le présent pragmatique de la supervision. Cette affectivité se manifeste dans l'implication des interactants lors des récits d'expérience (chapitre 5.2). L'analyse de la collection montre que l'implication des thérapeutes est centrale et constitutive dans le travail de supervision, de par son intrication avec la thématisation-même des émotions ou de la relation thérapeutique. Dès lors, la gestion interactionnelle de cette implication se révèle capitale pour les tandems et déterminante dans les processus d'apprentissage des thérapeutes. Au moment d'analyses conduites sur l'implication des thérapeutes et des superviseurs, nous avons relevé que des phénomènes de réciprocité se remarquent dans les interactions. Les destinataires des récits impliqués produisent également des signes d'implication. Ces productions multimodales surviennent de manière séquentielle ou simultanée au récit impliqué, comme dans un jeu de miroir plus ou moins synchrone. Ces influences réciproques lors des conversations qui sont de l'ordre de l'affectivité, donnent aux activités de supervision une dynamique interactionnelle particulière dont nous poursuivons l'étude dans les chapitres suivants ; ils sont consacrés à la description des trajectoires de l'affectivité en interaction, afin de rendre compte des phénomènes de congruence et de non-congruence affective lors du travail sur la relation thérapeutique.

6.3. Les trajectoires de l'affectivité en interaction

Avant de présenter nos analyses des trajectoires de l'affectivité dans nos données, nous proposons un bref rappel des éléments théoriques nécessaires à la compréhension des outils analytiques mobilisés dans la suite du chapitre (pour plus de détails, chapitres 1 ; 2 et 3.3.4.3). Nous déployons ensuite la description des phénomènes identifiés dans notre collection en rapport avec la dynamique interactionnelle des tandems lorsqu'ils thématisent la relation thérapeutique ou qu'ils abordent l'émotion du thérapeute comme topic de la conversation. Par des analyses multimodales, nous identifions les gestes constitutifs de la professionnalité du

superviseur dans la régulation de l'affectivité en interaction et dans la création d'un environnement interactionnel propice au développement professionnel du thérapeute.

Les trajectoires de l'affectivité en interaction sont des accomplissements mutuellement négociés, à la fois dans un enchaînement séquentiellement ordonné des tours de parole et dans une simultanéité des manifestations multimodales spécifiques au phénomène de l'affectivité en interaction (Peräkylä et al., 2015; M. Stevanovic & Peräkylä, 2015). Comme pour les analyses de l'implication des interactants (6.2), l'étude des trajectoires affectives rend visible cette double temporalité des interactions : à la fois linéaire dans l'organisation des contributions respectives des thérapeutes et des superviseurs, et à la fois synchrone dans les signes d'une certaine réciprocité affective lors des récits présentant une implication du narrateur. Les études qui se sont penchées sur l'affectivité dans les interactions ont montré qu'il existe une réponse préférentielle au récit d'une expérience empreinte d'affectivité, qu'elle soit considérée par les interactants comme agréable (émotions positives, comme la joie ou le plaisir) ou désagréable (émotions douloureuses, telles que la tristesse ou la colère) ; l'affiliation constitue la réponse attendue de la part d'un destinataire d'une narration affective. Une réponse affiliative consiste en une approbation comportementale de la posture émotionnelle adoptée par le narrateur ; autrement dit, il s'agit d'un ensemble de comportements par lesquels le destinataire d'un récit affectif manifeste son soutien et approuve les propos du narrateur (Selting, 1994; M. Stevanovic & Peräkylä, 2015; Stivers, 2008; Voutilainen et al., 2010b). Lorsque le destinataire ne produit pas de réponse affiliative, ses actions sont considérées comme non affiliées, ou comme tout à fait désaffiliées. Dans ces cas, le narrateur tend à recycler son récit en insistant sur les éléments de son histoire qui rendent sa posture affective claire et interprétable par le destinataire, offrant alors à ce dernier de nouvelles opportunités de s'affilier.

Les stratégies langagières pour manifester une affiliation sont multimodales et varient selon les phases du récit du narrateur. D'un point de vue verbal, le destinataire peut formuler des déclarations de sa compréhension ou des évaluations qui sont en accord avec la posture du narrateur (Couper-Kuhlen, 2012); il peut également produire des interjections, autrement appelées « response cries » (Goffman, 1978). Ces productions langagières se situent le plus souvent au point culminant et dans la phase d'évaluation qui suit l'apogée du récit. Du point de vue vocal, la prosodie et la qualité de la voix du destinataire semblent s'ajuster en miroir aux caractéristiques de celles du narrateur, particulièrement lors du point culminant du récit (Selting, 1994; Weiste & Peräkylä, 2014). Sur un plan multimodal, les hochements de tête du destinataire constituent un indice essentiel dans la manifestation d'une affiliation du destinataire ; les recherches dans ce domaine indiquent que les hochements de tête sont répartis dans les différentes phases du récit du narrateur, avec une intensification progressive lors de la phase du développement narratif (Muntigl et al., 2012; Stivers, 2008). Plus globalement, il a été décrit une convergence des indices multimodaux avec ceux du narrateur. Les recherches dans le domaine des interactions institutionnelles des soins ou de la psychothérapie se sont intéressées aux formulations des professionnels en réponses aux récits de patients comportant une dimension affective. Malgré une terminologie légèrement différente selon les auteurs, les études font état de deux types de réponses affiliatives. Au moment où les thérapeutes formulent un tour de parole centré sur la perspective expérientielle du patient, ils reconnaissent la posture du patient (son vécu affectif) ; il s'agit alors de la « validation » (Weiste & Peräkylä, 2014), de « recognition » ou d'« emphatic responses » (Ruusuvuori, 2005; Ruusuvuori & Voutilainen, 2009; Voutilainen & Peräkylä, 2016).

Lorsqu'ils formulent une interprétation basée sur une reconnaissance préalable (ou concomitante) du vécu du patient., les thérapeutes produisent une compréhension de l'expérience du patient selon leur propre perspective ; il s'agit alors d'une « interprétation » ou « challenging formulation » (selon ces même auteurs). Dans certains contextes institutionnels tels que les consultations en médecine générale ou en médecine homéopathique, la réponse des professionnels peut s'avérer non affiliée aux affects des patients et se réorienter sur les aspects physiques du problème rencontré par le patient. Toutefois, malgré cette tendance à ne pas se centrer sur les émotions du patient, les professionnels peuvent formuler des réponses « empathiques » (Ruusuvoori, 2007), à savoir comprenant une reconnaissance de l'expérience du patient à la lumière des inquiétudes liées aux conséquences du trouble.

Partant des résultats de ces recherches, nous nous intéressons à comprendre les trajectoires co-élaborées par les tandems de supervision de notre étude lorsque la thématique travaillée concerne la relation thérapeutique ou plus spécifiquement les émotions du thérapeute. Les premières analyses portent sur les réponses des superviseurs aux récits des thérapeutes, que nous imaginions tous impliqués. Force est de constater que tous les récits cliniques de notre collection ne présentent pas une implication affective des thérapeutes. Nous présentons une deuxième analyse pour différencier les réponses des superviseurs selon que les récits cliniques sont impliqués ou non.

Décrire l'affectivité en supervision nécessite de « déplier » l'interaction comme on le ferait d'un origami, afin de révéler les plis constitutifs d'une forme complexe. Il s'agit de rendre compte à la fois de la linéarité séquentielle de la prise de tour et de la simultanéité multimodale de la « résonance automatique » du partage d'expérience, autrement appelé « contagion émotionnelle » (M. Stevanovic & Peräkylä, 2015). Ces deux processus, linéarité et simultanéité, sont constitutifs de toute interaction mais le traitement collaboratif de l'affectivité configure les interactions de supervision de manière particulière. Les trajectoires sont multiples et échappent à une schématisation strictement linéaire car certains processus interactionnels dans la régulation de l'affectivité sont co-élaborés de manière itérative. Plutôt que de tracer les parcours de manière exhaustive, nous choisissons de rendre compte des tendances principales observées dans nos données. Ainsi, lorsque les tandems travaillent le thème de la relation thérapeutique, les tandems ouvrent progressivement une conversation auto-réflexive sur la posture affective du thérapeute.

Dans la suite du chapitre, grâce à des analyses fines de séquences emblématiques de notre collection, nous présentons les ressources mobilisées par les superviseurs lorsque les thérapeutes présentent un récit impliqué (6.3.1), puis les ressources déployées au moment où les thérapeutes abordent le thème de la relation thérapeutique de manière détachée (6.3.2). Afin de respecter les données et la complexité inhérente aux activités de la supervision, nous présenterons des analyses complexes qui incluant plusieurs dimensions constitutives de notre problématique. Ainsi, le lecteur ne sera pas étonné de voir se découvrir les trajectoires de l'affectivité en interaction avant qu'elles ne soient thématiques en tant que telles dans les chapitres de discussion intermédiaire (6.3.1.4 et 6.3.2.4).

6.3.1. Les réponses du superviseur aux récits affectivement impliqués du thérapeute

Nous avons identifié les formulations du superviseur après chaque premier récit impliqué du thérapeute survenant dans les séquences de la collection et les avons catégorisées. D'abord, dans la continuité de la littérature sur les formulations d'intervenants professionnels dans les contextes institutionnels de la santé et du social, nous nous attendions à ce que les réponses des superviseurs soient affiliées ou non affiliées à la posture affective des thérapeutes. Nous avons donc effectué un premier codage en répertoriant les formulations selon ces deux premières catégories. Puis, nous avons identifié les types de formulations dans chaque catégorie.

Les réponses affiliées aux récits impliqués des thérapeutes sont la reconnaissance de la posture affective comme étant réelle et valable et l'interprétation, c'est-à-dire une reconnaissance couplée avec la suggestion d'un cadre interprétatif alternatif à celui que le thérapeute propose. Ce type de réponses est centré sur la perspective des thérapeutes, avec une légère déviation vers une perspective alternative pour les interprétations, en référence à l'expertise du superviseur. Dans tous les cas de notre collection, les formulations affiliées des superviseurs sont suivies d'un accomplissement affiliatif conjoint. Dans quelques rares cas, les superviseurs se désalignent des perspectives théoriques développées par le thérapeute, impliquant une désaffiliation à la posture affective du thérapeute plus ou moins manifeste.

6.3.1.1. Préserver l'émotion du thérapeute au centre de son intervention

Reconnaître l'expérience et la posture du thérapeute comme réelle et valable requiert de la part du superviseur la capacité de préserver l'émotion du thérapeute au centre de son tour de parole. Il s'agit alors pour le superviseur de montrer sa compréhension des aspects informatifs au cœur du récit du thérapeute, et de simultanément traiter l'expérience affective du thérapeute comme légitime.

Pour commencer, nous proposons de reprendre la séquence (TA3a) analysée dans le chapitre 5.4.2.2 dont la transcription multimodale a été reprise en augmentant la finesse descriptive pour répondre aux exigences des outils analytiques nécessaires à ce chapitre. Les phénomènes interactionnels de l'affectivité de la séquence choisie sont d'abord présentés avec l'analyse fine d'un extrait, pour déplier, tour après tour, les manifestations émergentes et réciproques des affects en interaction et pour offrir au lecteur un accès aux événements interactionnels particuliers. L'extrait est ensuite re-contextualisé dans l'ensemble de la séquence, avec une analyse de l'implication dynamique des interactants. Cette deuxième partie analytique de la séquence vise à restituer une compréhension située de la réciprocité émotionnelle. Cette séquence donne à voir trois interventions de la part de la superviseure ; deux formulations du type « reconnaissance » pour les premières et une interprétation pour la dernière. Pour rappel, le tandem analyse les enjeux relationnels de la thérapeute avec un patient qui présentait des comportements séducteurs à son égard. Nous avons observé que le cadre interactionnel clinique était convoqué dans le cadre interactionnel de la supervision, et que le tandem construisait une compréhension commune des enjeux de cette relation thérapeutique. Après une introduction brève de la situation dans laquelle la thérapeute signifie l'absence du patient aux derniers entretiens programmés (hors transcription), l'extrait débute avec une proposition d'action future formulée par la superviseure (lignes 1-4). L'analyse topicale de la séquence permet de relever trois topics qui structurent notre analyse en trois parties : la relation thérapeutique sur le positionnement du patient à l'égard de la thérapeute (lignes 5-30), le

ressenti de la thérapeute (lignes 31-48), et finalement, le fonctionnement psychologique et interpersonnel du patient en lien avec le trouble psychiatrique et son évolution (lignes 49-74).

TA3a_extrait 1 (01:50 – 03:54)

1 S en tous cas faut revenir [sur POURQUOI vraiment il est pas: il est pas venu&
2 T [+ouais↓
3 +écrit sur sa feuille----->
4 S &il t'a pas appelée: euh(1.0)vraiment INSISTER qu'c'est un espace pour LUI:
5 T et pis après↑ +LÀ↑ quand MÊME↑ avec LUI↑ au niveau RELATIONNEL↑ euh(2.0)
6 ----->+ + ponctue les accentuations vocales avec les mains
7 +j'sais pas comment dire↑j'ai quand même eu l'impression↑(.)alors j'sais pas
8 +détourne le regard vers le bas et à sa droite-----
9 si séduction c'est b-c'est *l'bon +mot↑ mais +que:(1.5)
10 ----->+ +regarde S+détourne le regard
11 S *hoche la tête
12 T un peu comme si +MOI il m'idéalisait un *p-petit peu:↑[par rapport à sa &
13 +regarde S en ponctuant les intonations montantes de la main
14 S *hoche la tête
15 [hm hm
16 T &FEMME↑ avec qui euh avec qui justement↑ +il peut pas parler comme ça↓
17 +secoue légèrement la tête
18 S *hm hm↓
19 *hoche la tête
20 T euh et↑>pis c'est pas la première fois qu'j' *ressens ÇA↑< où il le dit un&
21 S *hoche la tête
22 T &petit peu à demi-mot↑(.)et pis là l'autre fois↑ euh il est re-il est revenu
23 là- dessus il est *re- revenu aussi par rapport aux relations sexuelles avec&
24 S *écrit sur sa feuille----->*

25 T &[la femme et c-c'est assez compliqué dans l'intimité
26 S [*hm
27 *hoche la tête
28 *hm hm↓
29 *hoche la tête
30 T euh(2.0)

La thérapeute effectue une transition topicale (*et pis après ↑*, ligne 5) pour introduire le thème de la relation thérapeutique (*LÀ ↑ quand MÊME avec LUI ↑ au niveau RELATIONNEL ↑*, ligne 5). Du point de vue lexical, le thème est clairement annoncé par la thérapeute grâce à l'usage des termes (*avec lui, au niveau relationnel*). Dans ce tour de parole, les indices d'implication sont nombreux : quatre mots sont accentués (*LÀ, MÊME, LUI, RELATIONNEL*) et orientent à la fois le thème (la relation avec le patient) et l'importance de ce thème par rapport à ce qui précède dans l'échange du tandem ; les pics d'intonation vers le haut sont également nombreux et rythment le tour de parole, soulignant ainsi doublement les mots qui sont déjà accentués ; les mouvements de la main soutiennent ce rythme cadencé isochrone par une ponctuation gestuelle des termes accentués. Cet énoncé aboutit à une pause de deux secondes, qui procure l'opportunité à la superviseure de prendre son tour, mais elle ne la pas saisit. La thérapeute développe spontanément le thème proposé. Elle montre son interprétation du silence comme un alignement topical, confirmé par l'attitude attentive de la superviseure qui hoche la tête (lignes 11 et 14), sans prendre la parole, malgré une deuxième opportunité offerte avec le silence en fin de tour (ligne 9).

Dans cette première phase, la thérapeute déploie son récit en précisant sa description de la posture du patient à son égard (*séduction*, ligne 9 ; *un peu comme si MOI il m'idéalisait un p-*

petit peu↑, ligne 12). La thérapeute continue sa description de l'impression d'un comportement de séduction de la part du patient initiée aux lignes 7-9 (*c'est pas la première fois qu' j'ressens* ÇA, ligne 20), et elle en donne un exemple concret, auquel la superviseure réagit en écrivant sur sa feuille (ligne 24). La posture de la thérapeute dans sa relation au patient se révèle légèrement dans l'usage qu'elle fait des verbes pour indiquer son évaluation affective de la situation ; elle recourt à des verbes du registre affectif (avoir l'impression, ressentir). La thérapeute est encore incertaine quant à son évaluation des enjeux relationnels et témoigne de nombreux indices d'hésitation sur le contenu de sa description : elle n'est pas sûre de son analyse des comportements du patient (*j'sais comment dire*, ligne 7 ; *alors j'sais pas si b-séduction c'est l'bon mot*, lignes 7 et 9 ; *un peu comme si*, ligne 12 ; *un p-petit peu*, ligne 12) ; elle montre des signes de réflexion en cours d'explicitation, manifestés par des pauses (lignes 5, 7, 9), des regards qui se détournent (lignes 8 et 10) et qui reviennent sur la superviseure, brièvement (ligne 10), puis de manière soutenue lorsqu'elle formule son évaluation des enjeux relationnels thérapeutique au regard de la relation conjugale du patient (*par rapport à sa FEMME avec qui euh avec qui justement t'il peut pas parler comme ça*↓, lignes 12 et 16). Comme dans la littérature consacrée au *storytelling*, le récit de la thérapeute est centré sur une expérience vécue dans laquelle elle est impliquée (*avec lui*, ligne 5, *j'ai quand même eu l'impression*, ligne 7, *MOI il m'idéalisait*, ligne 12). La superviseure, destinataire de la narration, se positionne dans l'interaction en soutien au développement du récit : elle n'intervient presque pas verbalement, excepté par des continueurs vocaux (*hm hm* , ligne 15, 18, 28 et 28) et présente des hochements de tête (lignes 11, 14, 19, 21, 27, 29). Du point de vue du phénomène d'affiliation dans les récits affectivement impliqués, notons qu'en ce début de récit, les indices d'affiliation de la superviseure son rares mais ils surviennent à partir d'un certain point du récit et sont malgré tout l'indice qu'elle en comprend les aspects informatifs. Dans la partie suivante, la thérapeute tente de préciser son propre ressenti dans la relation au patient :

TA3a_extrait 2

```

31 +et finalement↑ euh j'ét- >y a une ou deux fois comme ça↑ où moi j'me
32 + lève les mains et ponctue les intonations montantes par des gestes--->
33 suis sentie un peu mal à l'aise↑ avec lui↑< parce que justement j'pense j'ai
34 ----->+
35 dû sentir un côté [un peu:
36 S [ *hm hm↑
37 *hoche la tête
38 T +hhh
39 +secoue les mains, pince les lèvres en tournant la tête et baissant les yeux
40 S un peu DRAGUE comme ça↑=
41 T =+alors↓(3.0)
42 +détourne la tête
43 +au- j-s- OUAIS j'pense alors c'est pas d'la drague ouverte [parce que-
44 +regarde S
45 S [*ouais ouais
46 *hoche la tête->
47 mais j'vois +bien comment il peut faire↓ moi aussi j'ai eu [c'sentiment-là xx
48 ----->*
```

La thérapeute produit alors un énoncé conclusif qui éclaire sa posture dans sa relation au patient (*et finalement* ↑, *j'me suis sentie un peu mal à l'aise avec lui*, lignes 31-33), suivi d'une tentative explicative de ce sentiment de malaise (*parce que justement j'pense que j'ai dû sentir un côté un peu*., lignes 33-35). Encouragée par un continueur vocal en intonation montante

de la superviseure (*hm hm ↑*, ligne 36), la thérapeute ne formule toutefois pas la fin de son énoncé et manifeste de manière multimodale une difficulté à trouver ses mots (expiration longue, mouvements des mains, de la tête et mimiques du visage, lignes 38-39). La phase d'accumulation du récit semble arriver à son apogée (lignes 31-38) : au plan du contenu informatif, la thérapeute ne parvient pas à développer davantage sa posture et sa description de la relation thérapeutique ; les signes d'implication se sont intensifiés (contrastes de rythme avec accélération (ligne 31) et ralentissement (lignes 35-41) ; le nombre de mots du registre affectif et des pics de tonalité par tour de parole sont augmentés ; la gestuelle s'intensifie. C'est alors que la superviseure produit sa première intervention verbale (*un peu DRAGUE comme ça ↑*, ligne 40) qui constitue une demande d'élaboration et une sorte de réponse affiliative minimale, typique de celles que la littérature a décrites dans les climaxes des *storytelling*. La superviseure complète l'énoncé de la thérapeute initiée à la ligne 35. Cette extension syntaxique est formulée dans le prolongement du tour de la thérapeute. La superviseure adopte ainsi la posture de la thérapeute concernant son expérience relationnelle avec le patient et complète sa description avec le terme « drague », prononcé de manière accentuée. Par cette complétion, la superviseure montre qu'elle saisit l'aspect informatif de la posture de la thérapeute out en traitant l'expérience émotionnelle de la thérapeute comme pertinente, faisant ressortir l'élément central de l'expérience de la thérapeute (*DRAGUE*). Ce tour de parole signe un comportement affiliatif de la superviseure par une formulation du type « reconnaissance » sans composante d'interprétation car la notion de « drague » recycle le terme « séduction » initialement énoncé par la thérapeute (ligne 9). Dans un enchaînement rapide, la thérapeute reprend son tour de parole ; elle hésite (pause de trois secondes et détournement de la tête, lignes 41-42) puis un alignement partiel sur la proposition de la superviseure (*au- j-s- OUAIS j'pense alors c'est pas d'la drague ouverte*, ligne 43). Elle implique la superviseure par une orientation du regard (lignes 43-44) et tente de préciser son évaluation personnelle. La superviseure intervient alors en chevauchement compétitif de tour et formule un énoncé fortement affiliatif : elle indique d'abord qu'elle se représente bien les comportements du patient (*ouais ouais mais j'vois bien comment il peut faire ↓*, ligne 45-47) en se référant à l'expérience de la thérapeute énoncée dans le récit, et, de surcroît, à sa propre expérience comme thérapeute du même patient (*moi aussi j'ai eu c'sentiment*, ligne 47). Il n'est pas rare que les suivis ambulatoires de psychiatrie publique se déroulent sur plusieurs années et que les patients soient suivis par différents thérapeutes ; dans ce cas-ci, la superviseure avait été thérapeute du patient dont il est question dans cette supervision. La superviseure adopte la position affective de la thérapeute et traite cette expérience comme réelle et valable. L'émotion de la thérapeute reste toutefois centrale sans changement de perspective puisque la superviseure opte pour la position affective de la thérapeute sans ajouter aucun élément interprétatif.

TA3a_extrait 3

```

49 T          +hoche la tête ----->
50                                     [mais OUAIS où: où
51 qu'j'avais +PAS TELLEMENT avant où finalement quand il est plus déprimé t'as
52          +mouvements des bras et de la tête----->
53 MOINS[c'côté-là↑ et puis euh après ça a pu passer parce que justement↑&
54 S          [ *hm hm↑
55          *hoche la tête
56 T &j'ai CREUSÉ par *rapport aux relations avec sa[fe::mme et puis [euh
57 S          *hoche la tête----->*
58                                     [hm hm          [ça faut

```


59 vraiment↑ alors c'est hyper BIEN [qu'il t'amène ÇA↓ fin↓ ce genre de&
60 T [ouais↓
61 S &[difficultés parce que c'est(1.0)
62 T [ouais↓
63 S c'est+PLUS↑ c'est mieux qu'il t'amène ça plutôt que j'ai mal [ici: j'ai mal&
64 T +hoche la tête
65 [+ouais
66 +hoche la tête
67 S &là où toi tu peux:: [pas faire grand-chose↓
68 T [alors LÀ c'est c'est ÇA et que finalement j'me
69 suis dit ah y a du CONTENU euh on a pu essayer d'travailler un petit peu sur
70 l'affirmation d'soi pis la manière [d'communiquer parce qu'il communique&
71 S [+hm hm↑
72 +hoche la tête
73 T &pas du TOUT et et il lui reproche des choses [et pis euh
74 S [hm hm↓

Alors que la superviseure reconnaît l'expérience de la thérapeute, cette dernière hoche la tête, signant une affiliation à l'énoncé de la superviseure (ligne 49). La thérapeute reprend alors son tour en chevauchement compétitif convergent (*mais OUAIS*, ligne 50) et complète sa description du comportement du patient (*qu'j'avais PAS TELLEMENT avant où finalement quand il est plus déprimé t'as MOINS c'côté-là ↑*, lignes 51-53). Le contenu des interactions change et se déplace vers une évaluation du fonctionnement psychologique du patient et des actions thérapeutiques effectuées (*j'ai CREUSÉ par rapport aux relations avec sa fe::mme*, ligne 56). Ce virage topical initié par la thérapeute est validé par des signes d'alignement et d'affiliation de la part de la superviseure, visibles par des hochements de tête (lignes 55 et 57) et par des continueurs vocaux (lignes 54 et 58). Une forte convergence topicale se donne ensuite à voir dans la prise de tour de la superviseure en chevauchement compétitif (*ça faut vraiment ↑ alors c'est hyper BIEN qu'il t'amène ÇA↓ fin↓ ce genre de difficultés*, lignes 58-59). Elle produit une évaluation positive du travail thérapeutique décrit par la thérapeute, à savoir qu'elle a « creusé » le thème de la relation conjugale du patient. Après une brève pause (ligne 61), la superviseure enchaîne avec une interprétation qui met en relief un élément concernant la posture de la thérapeute qui était implicite jusque-là lors (*parce que c'est (1.0) c'est PLUS ↑c'est mieux qu'il t'amène ça plutôt que j'ai mal ici: j'ai mal là où toi tu peux::pas faire grand-chose*, lignes 61-67). Par cette formulation, la superviseure recourt à son expertise clinique pour expliciter le fait que le patient peut déplacer son propre focus réflexif des plaintes somatiques vers une analyse de ses difficultés relationnelles en lien avec l'évolution de son état psychologique. Elle déplace également légèrement la perspective réflexive centrée sur le patient pour revenir à une perspective centrée sur la posture de la thérapeute et souligne ce qui pouvait être entendu comme implicite dans le discours de la thérapeute, à savoir une impuissance (*là où toi tu peux : pas faire grand-chose*, ligne 67). Cette interprétation est conçue comme une déclaration, une sorte d'évaluation de la posture implicite de la thérapeute ou une suggestion habile d'un cadre interprétatif alternatif. L'alignement sur cette interprétation se révèle aussitôt dans le tour de parole de la thérapeute, qui est une validation de la pertinence de cette interprétation (*alors LÀ c'est c'est ÇA*, ligne 68). Il s'en suit une phase d'analyse du travail thérapeutique mené par la thérapeute et des actions effectuées ; cette analyse, qui corrobore l'évaluation de la superviseure, expose des pensées rapportées (*finalement j'me suis dit ah y a du CONTENU*, lignes 68-69 *sayer d'travailler un petit peu sur l'affirmation d'soi pis la manière d'communiquer*, lignes 69-70). La superviseure soutient cette nouvelle étape par de indices d'alignement (lignes 71-72 et 74).

Afin d'observer l'affectivité dans la séquentialité des interactions et l'émergence des formulations affiliatives, nous proposons de situer l'extrait analysé ci-dessus dans une représentation graphique (figure ci-dessous) de l'ensemble de la séquence issue de la collection (TA3a). Le graphique de la séquentialité des indices d'implication pour les participants à l'interaction permet de décrire la manière dont le narrateur d'un récit d'expérience (ici, le thérapeute, en bleu) communique sa posture vis-à-vis de ce qu'il raconte. Il aide également à observer les phénomènes d'affiliation, ou d'absence d'affiliation, du destinataire du récit (ici, le superviseur, en rouge) à la posture du narrateur ; il rend aussi compte des processus d'ajustement réciproques des interactants dans la gestion collaborative de l'affectivité.

Les extraits analysés ont une correspondance en termes de tours de parole : la première partie de l'extrait (lignes 1-30) se situe entre les TdP 25 et 31, la deuxième partie (lignes 31-48) entre les TdP 32 et 37 et la troisième partie (lignes 49-74) entre les TdP 38 et 43.

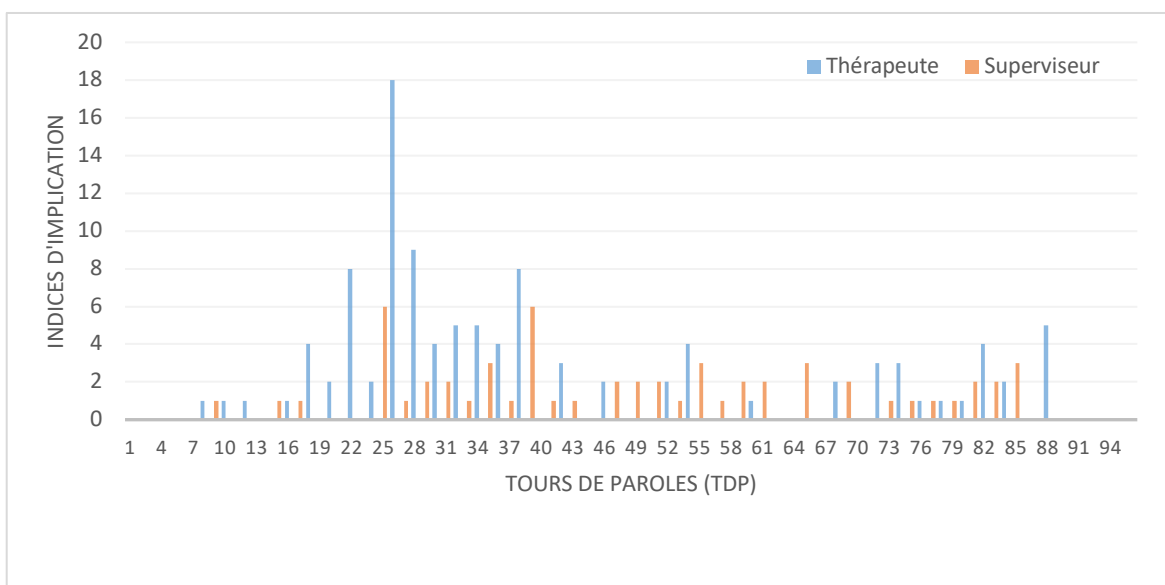


Figure 17: Dynamique de l'implication affective TA3a

La thérapeute initie son récit d'expérience clinique et expose progressivement une affectivité en lien avec sa relation au patient. Le passage à un style emphatique est graduel et met en scène le point culminant du récit (à 18 indices d'implication au TdP 26). Cette apogée correspond aux lignes 5 à 10 du premier extrait. L'abandon du style emphatique se donne à voir aussitôt après le point culminant du récit et nous fait voir une transition entre la phase descriptive de l'expérience vécue (TdP 1-28), dite d'accumulation, et la phase d'élaboration du sens de cette expérience clinique narrée (TdP 29-94).

Dans la phase d'accumulation (non transcrite dans le manuscrit), la superviseuse produit peu de réponses impliquées, les énoncés sont dénués d'affectivité et sont constitués de continueurs vocaux (*hm hm*), marques d'alignement dans l'activité conversationnelle qui encouragent le récit. Cette absence de marque affiliative est typique des recherches dans le domaine des phénomènes d'affiliation dans lors de *storytelling*. Au début du récit, les réponses affiliatives ne sont pas attendues et généralement interprétées par les narrateurs comme non pertinentes. Si les signes d'affiliation préliminaires, tels que les hochements de tête, surviennent trop tôt dans le récit du narrateur, ils peuvent être interprétés par ce dernier comme un signe de désaffiliation ou de désengagement de l'interaction. Les indices

d'affiliation, rendus visibles par des signes d'implication de la part du destinataire, sont attendus en milieu de récit et de manière progressive. En acquiesçant de la tête (tdp 9 ;15 ;17), la superviseure signifie par exemple qu'elle a eu accès aux évènements rapportés, qu'elle comprend la posture de la thérapeute et qu'elle appuie cette posture, même si c'est de manière provisoire et préliminaire. Le premier énoncé de la superviseure indiquant une emphase marquée (6 indices au TdP 25) se situe au début de la première partie de l'extrait de séquence plus haut (ligne 1). Il consiste en une proposition d'action insistant sur l'importance de garder un lien thérapeutique avec le patient. Cet énoncé formulé avec emphase est directement suivi du pic d'implication principal de la thérapeute. La superviseure tient ensuite une posture de soutien à l'explicitation de la situation clinique jusqu'à la fin de la séquence, en particulier la posture affective du patient à l'égard de la thérapeute. Dans le TdP 32, au début du deuxième extrait (lignes 31-35), la thérapeute initie la description de sa propre posture affective et relationnelle, soutenue par la superviseure qui produit un continuatueur vocal et un hochement de tête, marque d'une affiliation.

Puis, surviennent les trois formulations de la superviseure explicitement affiliatives (TdP 35 ;37 ;39-41) qui permettent au tandem d'accomplir une affiliation conjointe (figure ci-dessous). Bien que les indices d'implication soient modestes dans les deux premiers énoncés de la superviseure, les contenus dénotent clairement son adoption de la posture affective de la thérapeute : (*un peu DRAGUE comme ça ↑*, ligne 40, TdP 35) et (*ouais ouais mais j'vois bien comment il peut faire ↓ moi aussi j'ai eu c'sentiment-là*, lignes 45-47, TdP 37). Le troisième énoncé formulé comme une interprétation renforce la manifestation de l'affiliation de la superviseure (*ça faut vraiment ↑ alors c'est hyper BIEN qu'il t'amène ÇA ↓ fin ↓ ce genre de difficultés parce que c'est[...] c'est PLUS ↑ c'est mieux qu'il t'amène ça plutôt que j'ai mal ici: j'ai mal là où toi tu peux:: pas faire grand-chose ↓*, lignes 58-67, TdP 39 et 41).

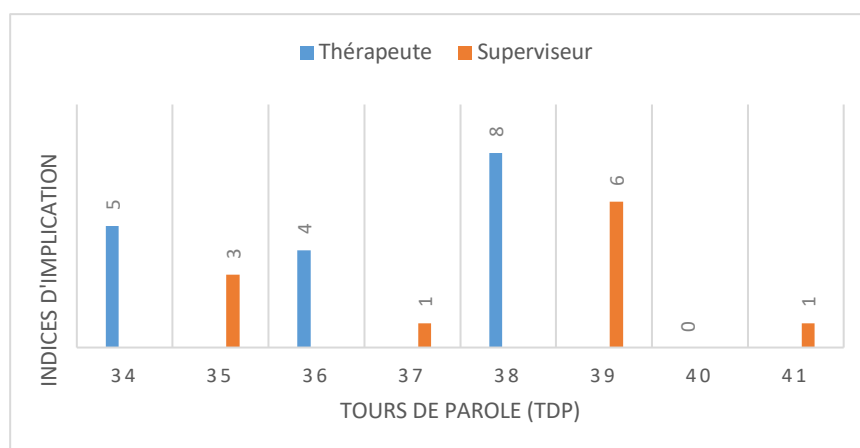


Figure 18: Accomplissement affiliatif TA3a

L'accomplissement conjoint d'une affiliation partagée se donne à voir dans cette séquence de trois paires adjacentes : la première paire pour l'affichage et l'accomplissement d'une affectivité partagée (TdP 34-35), la seconde paire pour sa consolidation (TdP 36-37) et la troisième pour sa consolidation et la sortie de cette affectivité partagée (TdP 38-39). Dans les travaux consacrés à la gestion de l'affectivité en interaction, le phénomène d'affiliation est décrit comme une séquence de deux paires adjacentes pour le traitement collaboratif des émotions, la seconde paire pouvant être nécessaire quand la première semble insuffisante, trop laconique ou trop brève en termes d'affiliation attendue par le narrateur. Dans la

séquence analysée, la première partie de la première paire (TdP 34) est formée par l’affichage d’une affectivité reconstituée en référence à la posture de la thérapeute dans la situation clinique de référence ; la deuxième partie de la paire (TdP 35) est une réponse affiliative de la superviseure. Ensuite, alors qu’habituellement la première partie de la deuxième paire (TdP 36) est formulée comme une évaluation du narrateur impliquant l’adhésion du destinataire, dans la séquence analysée, l’évaluation de la thérapeute remet en question la justesse de l’énoncé affiliatif produit par la superviseure en TdP 35 (*alors ↓ au- j-s- OUAIS j’pense alors c’est pas d’la drague ouverte parce que-*, lignes 41-43). Cet énoncé met en quelque sorte partiellement en échec l’accomplissement interactionnel d’une évaluation partagée, puisque la thérapeute émet une nuance dans l’appréciation du terme « drague » pour qualifier le comportement séducteur du patient. La deuxième partie de cette seconde paire adjacente (TdP 37) présente un contenu lexical affiliatif manifeste, puisqu’elle reconnaît avoir elle-même éprouvé un sentiment similaire lors de son suivi du même patient (ligne 47). La superviseure consolide donc clairement la légitimité et la pertinence de la posture de la thérapeute. La troisième paire semble venir consolider encore cette affectivité partagée. C’est la thérapeute qui enchaîne en chevauchement de tours par une accentuation (*mais OUAIS*, ligne 50) et qui initie la phase d’élaboration d’une signification partagée du fonctionnement relationnel du patient. Par cette affiliation à l’énoncé précédent, la thérapeute reconnaît alors entièrement la posture affective partagée qui était encore incomplète dans les TdP 34 à 37. Dans le tour de la superviseure (39-41), la formulation consiste en une interprétation comprenant à la fois une reconnaissance de la posture affective partagée et une proposition analytique supplémentaire, comme nous l’avons décrite plus haut, celle d’une frustration possible de la thérapeute.

L’analyse de l’ensemble de la séquence et le focus sur la séquentialité des trois paires adjacentes, suivant l’apogée du récit impliqué de la thérapeute, rend compte de la négociation conjointe de l’affectivité en interaction. Ce processus paraît à la fois négocié dans l’enchaînement des tours de parole, et donc dans une linéarité, et à la fois dans une simultanéité, une sorte de résonance automatique réciproque. C’est dans les analyses fines et multimodales que cette simultanéité est rendue visible, c’est-à-dire dans la superposition des gestes (mouvements corporels, mimiques du visages, regards). Certains hochements de tête de la superviseure qui surviennent en cours de tour de parole de la thérapeute n’ont pas été codés comme des tours de parole en soi, car la thérapeute n’interrompait pas sa production langagière. Ces indices d’affiliation, reconnus par la littérature dans le domaine comme centraux dans la construction d’une affectivité partagée, ne peut donc se donner à voir que dans les analyses multimodales fines, telles que présentées.

6.3.1.2. Approuver tout ou partie du vécu affectif

Les dynamiques affectives dans les interactions répondent à une organisation séquentielle qui tend à assurer une affiliation du destinataire à l’apogée du récit du narrateur (Stivers, 2008). Pour s’assurer de cette issue, le narrateur préface son récit en indiquant sa posture, à savoir son traitement affectif de l’évènement rapporté de manière implicite ou explicite. La préface permet au narrateur d’inviter le destinataire à répondre au bon moment et de la bonne façon. Autrement dit, il s’agit pour le thérapeute de montrer sa propre posture à propos des évènements qu’il rapporte et d’inviter le superviseur à produire des démonstrations préliminaires d’attitude par rapport à ces évènements. Nous présentons ci-dessous l’analyse d’une séquence (TF3a) qui donne une affiliation partielle du superviseur à la posture de la thérapeute. Quatre extraits structurent l’analyse. Dans le premier, la thérapeute offre au

superviseur une brève préface de sa posture à l'égard de sa patiente. Dans le deuxième extrait, la thérapeute déploie son récit en augmentant les signes d'implication affective. Il s'en suit une longue description de l'évaluation psychologique de la patiente (hors transcription). Dans le troisième extrait, le superviseur investigate la posture de la thérapeute et met à jour le noyau de sa difficulté. Dans le quatrième extrait, le tandem consolide l'affectivité partagée et clôt la séquence. Nous proposons un découpage de l'analyse en quatre parties qui répond moins à la structure topicale de l'extrait qu'à la dynamique affective du tandem, respectant ainsi l'écologie interactionnelle de la séquence.

Le premier extrait commence par un compte rendu des décisions prises en réseau de soins pour la suite du suivi de la patiente. La thérapeute effectue ensuite spontanément une transition topicale et décrit les difficultés de la patiente à reconnaître ses troubles psychiatriques :

TF3a_extrait 1 (01:10-02:24)

1 T je lui ai fait↑ je l'ai vue vendredi avec euh: Eve↑
2 S madame ralavi déjà↑
3 T ouais↓=
4 S =ouais↓ hm hm↑
5 T et pis j'ai fait un retour↓(.)alors on a convenu que(.)elle serait vue
6 qu'une seule fois par mois parce qu'il y a aussi +Paul↑
7 +lève le pouce
8 S *hm hm↓
9 *hoche la tête
10 T y a aussi+l'ABC qui va commencer en septembre↑
11 +lève l'indexe
12 S hm hm
13 T donc beaucoup de chose quoi↓(1.0) +j'ai essayé de lui faire comprendre↑
14 +léger sourire
15 +mais::(1.0)
16 +sourit, *fige le sourire et crispe la bouche, secoue la tête----->
17 S *sourit----->
18 T elle a pas: entendu↓je crois↓(0.2)+va falloir qu'on: *qu'on remette une&
19 ----->+ +hoche la tête et mouline avec les mains
20 S ----->* *fait une moue avec la
21 bouche et hoche la tête, puis écrit sur sa feuille ----->
21 T &couche +aujourd'hui↓
22 +baisse les yeux et regarde son dossier sur ses genoux ----->
23 S hm hm
24 T j'ai expliqué un peu les résultats des te:::sts fin::↓ j'ai repris un petit
25 peu toute la symptomatologie:: hh j'ai essayé de lui parler du trouble de la&
24 S ----->* regarde T
25 T &personnalité::↑ +mais::(1.0)
26 ----->+ +pince les lèvres, hausse les épaules, secoue la tête----->
27 S elle entend que la *dépression↓=
28 *sourit fortement----->

L'extrait débute avec la présentation de Madame Ralavi, patiente suivie par la thérapeute et plusieurs autres soignants, Ève et Paul (lignes 1-13). Le superviseur soutient l'activité de renseignement par une question de clarification (*madame ralavi déjà↑*, ligne 2) et des continuateurs vocaux (*hm hm*, lignes 4,8,12). La thérapeute effectue après cela une transition topicale en formulant un énoncé conclusif formulé en intonation descendante (*donc beaucoup de chose quoi↓*, ligne 13), suivi d'une pause. Le superviseur n'intervient pas et laisse la

thérapeute initier le nouveau topic (*j'ai essayé de lui faire comprendre mais::*, lignes 13-15). La transition montre un déplacement du focus, de l'organisation du réseau de soins (lignes 1-13) aux interventions de la thérapeute pour tenter de faire comprendre à la patiente le lien entre les résultats des tests psychologiques et la nature du suivi proposé (lignes 13-28). C'est par son sourire que le superviseur marque son intérêt et invite la thérapeute à développer le topic (lignes 17-19). Dans cette partie de l'interaction, la thérapeute recourt aux verbes d'action énoncés à la première personne pour décrire ce qu'elle a entrepris dans les séances de thérapie (*j'ai essayé de lui faire comprendre*, ligne 13 ; *j'ai expliqué[...] j'ai repris*, ligne 24 ; *j'ai essayé de lui parler*, ligne 25). Après la description de ses actions, la thérapeute produit un effet de contraste entre ce qu'elle a tenté de faire et l'incompréhension de la patiente (*mais :: (1.0) elle a pas: entendu ↓ je crois ↓ (0.2)*, lignes 15-18); elle utilise le marqueur discursif « mais » prononcé avec un allongement vocalique, suivi d'une pause (ligne 15). Cette forme narrative produit un effet de mise en intrigue du récit et une mise en scène des réactions de la patiente.

Au plan de la dimension affective, des signes d'implication apparaissent dès la transition topicale. Alors qu'au début de la présentation clinique (lignes 1-13), la thérapeute présente un discours sans variations vocales et comportant peu de gestes, la deuxième partie topicale révèle l'émergence de nombreux indices prosodiques et comportementaux. La thérapeute sourit légèrement à l'ouverture du nouveau topic, indiquant d'emblée un changement du style de discours. Puis, à l'énonciation du marqueur discursif « mais », prononcé de manière énigmatique grâce à l'allongement vocalique et à la pause (ligne 15), elle réitère son sourire et le prolonge d'une crispation en secouant la tête. Par ces gestes, la thérapeute marque clairement le passage à un style emphatique. Le superviseur montre alors rapidement un premier signe de convergence affective par le sourire qu'il produit en continuité de celui de la thérapeute (lignes 17 à 19). Cette imitation presque instantanée de l'expression émotionnelle non verbale de la thérapeute semble autoriser la thérapeute à partager son expérience. Le superviseur s'aligne sur l'activité de renseignement quant aux actions conduites par la thérapeute en écrivant sur sa feuille (lignes 20-24) et en encourageant le récit au moyen d'un continuateur vocal (*hm hm*, ligne 23). Les signes d'implication de la thérapeute restent présent mais légèrement réduits durant cette partie descriptive (hoche la tête et mouline avec les mains, ligne 19 ; allongements vocaliques, *te:::sts*, *fin:: ↓*, ligne 24 ; *symptomatologie::*, ligne 24 ; *personnalité::*, ligne 25). Puis, comme précédemment, la thérapeute suspend la fin de son tour de parole par le marqueur discursif « mais » prononcé de la même manière que la première fois, avec un allongement vocalique suivi d'une pause (ligne 25). Elle prolonge son énoncé par des gestes et des mimiques du visage (pince les lèvres, hausse les épaules, secoue la tête, ligne 26), indiquant de manière implicite que la réponse de la patiente s'avère non concluante. Le superviseur produit alors une extension syntaxique complétant le tour de parole de la thérapeute et clôt la description de la posture de la patiente avec une intonation descendante en fin d'énoncé (*elle entend que la dépression ↓*, ligne 27). Entre les tours des lignes 25-28, les indices d'affiliation multimodaux ne convergent que partiellement. Au niveau verbal, la formulation du superviseur (*elle entend que la dépression ↓*, ligne 27) reprend le verbe utilisé précédemment par la thérapeute pour qualifier la réaction de la patiente à ses interventions (*elle a pas entendu ↓ je crois ↓*, ligne 18). Cette formulation en écho permet au superviseur de montrer d'une part qu'il comprend l'aspect informatif du récit (la symptomatologie dépressive de la patiente) et, d'autre part, qu'il est à même de valider l'évaluation par la thérapeute des difficultés de la patiente à reconnaître son trouble de la personnalité. Au niveau gestuel, le superviseur manifeste un signe affiliatif, en souriant fortement à la fin de son énoncé et de manière prolongée (lignes 28-32). Pourtant, les signes multimodaux ne convergent pas : le

superviseur sourit fortement alors que la thérapeute présente des mimiques du visage de l'ordre de la tension (pince les lèvres, hausse les épaules, secoue la tête, ligne 26). Du point de vue de la dimension affective, cette première intervention du superviseur ne présente pas l'effet miroir, précurseur d'une affiliation en cours d'élaboration.

Dans l'extrait suivant, la prise de tour rapide de la thérapeute montre une expansion du récit clinique dans un style emphatique, typique de l'élargissement d'un récit qui fournit des nouveaux éléments au destinataire en vue d'une affiliation ultérieure plus complète :

TF3a_extrait 2

```

29 T =°nan::fin::°mais elle entend même [RIEN en fait j'ai l'impression qu-elle&
30 ----->+
31 S [ah ouais↓
32 ----->*
33 T &elle te répond:::(0.5)fin↓(0.5)elle elle se fait un MONOLOGUE quoi↓ça se
34 VOYAIT pis j-+j'insistais >j'étais là mais vous avez compris< c'que j'viens
35 +hoche fortement la tête et balance le buste
36 de [£DIRE::£ >que que parfois vous pouvez vous sentir un peu malt-< alors&
37 S [ah ouais↑ hh↓
38 T &elle*elle reconnaît↑(.)que↑(.)y a une +espèce de relation↑ qui peut se&
39 +frotte ses doigts
40 S *écrit sur sa feuille
41 T &+répéter: euh qu'elle se sent *maltraitée::
42 + fait un geste en cercle de la main
43 S *hoche la tête en regardant T

```

La thérapeute enchaîne rapidement et fournit pour la première fois un indice sur sa posture (*en fait j'ai l'impression qu-*, ligne 29). Elle interrompt son énoncé et reste sur une description de la posture de la patiente (*elle te répond :::(0.5)fin ↓(0.5) elle elle se fait un MONOLOGUE quoi ↓*, ligne 33). Il est aussi intéressant de relever que c'est dans ce tour de parole fortement impliqué que la thérapeute fait usage du discours rapporté direct (DRS) pour indiquer au superviseur son attitude insistante (*j-j'insistais j'étais là mais vous avez compris c'que j'viens de DIRE:: que que parfois vous pouvez vous sentir un peu malt-*, lignes 34-36). Durant, ce tour de parole, le superviseur ne produit plus de signes affiliatifs, mais plutôt des continueurs vocaux (*ah ouais*, lignes 31 et 37) invitant la thérapeute à produire plus de descriptions.

Au plan affectif, ce tour de parole est très impliqué. De multiples signaux constitutifs d'un style discursif emphatique sont visibles : le début du tour est prononcé de manière chuchotée (*°nan::fin::°*, ligne 29), le nombre de syllabes accentuées est augmenté (*RIEN*, ligne 29 ; *MONOLOGUE*, ligne 33 ; *VOYAIT*, ligne 34, *DIRE*, ligne 36), des changements de rythme apparaissent (pauses et micro-pauses, lignes 33, 38, accélérations, lignes 34 et 36, allongements vocaliques, lignes 29, 33, 41), une gestuelle accompagne le discours (hoche fortement la tête et balance le buste, ligne 35 ; frotte les doigts, ligne 39, fait un geste en cercle de la main, ligne 42), et plusieurs répétitions sont présentes (*elle elle*, lignes 29,33,38). Les particules de rire dans la voix de la thérapeute (ligne 36), alors que le contenu lexical n'indique pas d'élément amusant dans l'énoncé, concourt également à la manifestation d'une implication de la thérapeute. A l'instar de la littérature qui concerne les phénomènes affiliatifs dans les interactions, ce tour de parole de la thérapeute présente une extension démontrant une implication émotionnelle plus forte que dans les tours précédents. Il semble que ce genre de manifestation tend à susciter à nouveau des réponses affiliatives plus claires, en créant de nouvelles possibilités pour le destinataire de répondre de manière plus adaptée. Dans cet

extrait, en début de séquence de travail sur la relation thérapeutique, le superviseur produit en effet des réponses affiliatives partielles. Certes, il sourit à deux moments cruciaux lors desquels la thérapeute signifie son état affectif : une première fois en synchronie des signes d'implication de la thérapeute (lignes 17-20) et une seconde fois à l'instant de sa validation de l'évaluation clinique effectuée (ligne 27). Pourtant, quand surgit la plus forte implication de la thérapeute, le superviseur énonce des commentaires flous (*ah ouais* ↓, lignes 31 ; *ah ouais* ↑ *hh*, ligne 37), qui indiquent une désimplication, « une réduction du rapport affectif à ce dont on parle » (Traverso, 2000). A ce stade du récit de la thérapeute, rien n'indique encore une affiliation du superviseur en fin de récit car les démonstrations préliminaires ne sont que partiellement affiliatives. Il s'ensuit trois minutes (hors transcription) où la thérapeute décrit les événements significatifs de l'histoire de vie de la patiente qui semblent expliquer son fonctionnement psychologique et relationnel de la patiente.

Le troisième extrait présente l'apogée du récit de la thérapeute avec une première partie dans laquelle le superviseur cherche à ce que la thérapeute explique sa posture à l'égard de la patiente ; elle est suivie d'un accomplissement affiliatif du tandem. L'extrait débute avec une question du superviseur qui investigate l'action de la thérapeute à propos de l'absence d'élaboration introspective de la patiente :

TF3_extrait 3 (05:23-06 :04)

44 S mais le fait qu'elle soit comme ça imperméa::ble aux commentai::res(.) que: s-
 45 t'as aussi pu le- °le lui commenter↑ ou justement°(.)L'INTERPRÉTER↑=
 46 T =OUAIS alors elle en fait +pas GRAND CHOSE↓
 47 +secoue la tête
 48 S *ouais↓=
 49 *hoche la tête
 50 T =quand je lui dit alors vous VOYEZ vous répondez pas vraiment: [ou à côté &
 51 S [ouais
 52 T &[ou euh:: ou ou vous restez VAGUE c- +elle fait↓ OUAIS c'est trop difficile&
 53 +inclina la tête de côté et la secoue
 54 S [ouais
 55 T &+[°lencoref° [\$tu vois↑
 56 +sourit ----->+
 57 Souvre les mains
 58 S [ouais: [et pis le *TROP c'est TROP difficile↑ après ça↑ tu::
 59 *signe de la main

La première partie d'une paire adjacente de type question-réponse (ligne 44-45) initie la description de la posture passive de la patiente dans la thérapie. Le superviseur énonce sa question de manière prudente : il préface sa question (*mais le fait qu'elle soit comme ça perméa::ble aux commentai::res(.) que :s-*, ligne 44) et commence la formulation de la question en réduisant fortement le volume de sa voix (*t'as pu le- °le lui commenter* ↑ *Tou justement* ° (.) *L'INTERPRETER* ↑, ligne 45). Après avoir chuchoté le début de la question, il accentue l'intervention thérapeutique, à tel point qu'il semble l'imaginer dans cette situation et, par conséquent interpréter le comportement de la patiente. Ce type de formulation existe dans les environnements qui sont propices à une désaffiliation potentielle ; il s'agit de situations où il a été établi qu'un interlocuteur n'a pas fait quelque chose qu'il aurait dû faire ou qu'il aurait fait quelque chose que l'auteur de la question considère comme inapproprié (Egbert & Vöge, 2008). La thérapeute enchaîne rapidement en s'alignant partiellement au topic proposé par le superviseur (*OUAIS alors elle en fait pas GRAND CHOSE* ↓, ligne 46) ; après avoir confirmé « ouais », elle continue aussitôt en redirigeant le focus sur la patiente. Ce tour de parole présente des signes d'emphase (les marques d'emphase en début et fin d'énoncé, ligne 46 ; la

secousse de tête, ligne 47). Pourtant, lors cette deuxième partie de paire adjacente, le superviseur signifie son alignement (*ouais*, ligne 48), mais il hoche la tête (ligne 49). L'analyse séquentielle de ce comportement donne à voir le traitement interactionnel de l'affectivité : il précède en effet une précision d'informations sur la posture de la thérapeute (lignes 50-55). Cette dernière semble donc interpréter ce hochement de tête comme une demande de détails sur sa posture, une révision de la réponse précédente à laquelle il manquerait une dimension posturale. La thérapeute enchaîne spontanément avec un DRS qui explicite son insistance auprès de la patiente (*quand je lui dit alors vous VOYEZ vous répondez pas vraiment: ou à côté ou euh:: ou ou vous restez VAGUE*, lignes 50, 52), suivi d'un deuxième DRS énonçant la réponse de la patiente à cette confrontation (*elle fait ↓ OUAIS c'est trop difficile encore*, lignes 52, 55). Pendant ce tour de parole, le superviseur soutient le récit par des encouragements verbaux en chevauchement (*ouais*, lignes 51 et 54). Il reprend alors son tour en chevauchement compétitif pour obtenir encore plus de détails sur la posture de la thérapeute (*et pis le TROP c'est TROP difficile ↑ après ça ↑ tu::*, ligne 58). Par sa formulation, il recycle les termes employés par la thérapeute dans le DRS de la patiente et laisse la forme syntaxique de son énoncé incomplète, revendiquant ainsi un accès à une granularité plus fine du récit.

Dans cette première partie du troisième extrait, la dimension affective se donne à voir grâce à divers signes d'implication dans le discours de la thérapeute, comme un nombre important de syllabes accentuées (*GRAND-CHOSE*, ligne 46 ; *VOYEZ*, ligne 50 ; *VAGUE*, *OUAIS*, ligne 52), les particules de rires dans la voix (*£encore£*, ligne 55) prononcées en souriant (ligne 56), des variations de volume (chuchotement, ligne 55) et des gestes (inclinaison la tête et la secoue, ouvre les mains, lignes 53 et 57). Ensuite, la thérapeute invite explicitement le superviseur à s'affilier en formulant une première partie de paire adjacente orientée vers la validation d'une compréhension de son vécu affectif (*tu vois ↑*, ligne 55). Le superviseur ne s'aligne pas sur cette proposition, ni ne s'affilie dans sa prise de tour (ligne 58). puisqu'il ne produit pas la seconde partie de la paire adjacente, mais enchaîne avec un énoncé qui sollicite une extension descriptive de la posture de la thérapeute. La thérapeute complète donc sa description de l'action auprès de la patiente en signifiant clairement, de manière verbale et non verbale, avoir mis fin à ses tentatives de confrontation (ligne 60):

TF3a_extrait 4

```

60 T +non là j'ai pas été plus loin↓=
61   +secoue la tête et signe de la main
62 S =là *tu (1.0)+tu te £découragesf↓=
63   *secoue la tête, ouvre les mains, laisse tomber les bras et rit---->
64 T           +hoche la tête
65   =+ouais [Souais ouais↓
66   +sourit----->+
67           Ssecoue la tête
68 S           [ha ha ha tu te dis [NON là c'est foutu là↓
69 T           [+c'est vrai↓
70           +hoche la tête----->
71 S [ouais↓ °ouais↓ ouais↓
72   ---->*
73 T [°ouais↓ houais↑ ouais°↓
74   ----->+
75 S ouais↓(0.5)okay°↓
76 T *mais tu vois y a beaucoup de CHOSES par rapport aussi à à à son réseau↑
77 S *écrit sur sa feuille ----->>

```

Le superviseur enchaîne rapidement et produit alors une formulation affiliative forte. Il prononce en riant une interprétation (*là tu (1.0) tu te décourages* ↓, ligne 62) qu'il soutient par des gestes (secoue la tête, ouvre les mains, laisse tomber les bras, ligne 63). Cet énoncé reformule de manière multimodale ce qu'a évoqué la thérapeute de manière implicite depuis le début de la séquence, le découragement face à l'absence de réponse introspective de la patiente. Les propos du superviseur indiquent qu'il a non seulement compris ce que la thérapeute a dit, c'est-à-dire qu'elle n'est pas allée plus loin (ligne 60), mais il se réfère en outre à l'expérience de la thérapeute comme quelque chose à quoi il a accès (la compréhension de son vécu affectif). Cette interprétation est formulée comme une déclaration sur l'esprit de la thérapeute, déplaçant le focus de l'agir thérapeutique à la posture affective de la thérapeute. La formulation interprétative du superviseur est en quelque sorte une action paradoxale : elle reconnaît le vécu de la thérapeute resté jusque-là implicite dans son discours et remet en question sa posture auprès de la patiente, puisque la thérapeute a décrit à plusieurs reprises son insistance dans la confrontation de la patiente. La thérapeute s'affilie pourtant, elle aussi, à cette interprétation en hochant la tête simultanément (ligne 64) et en ratifiant cette évaluation (ligne 65).

Par cette reconnaissance du vécu de la thérapeute, signifié par un contenu lexical concordant (lignes 60 et 62), on peut constater un accomplissement affiliatif collaboratif qui se donne à voir dans l'ajustement en miroir de la structure des énoncés et des gestes respectifs. Tout d'abord, les énoncés (lignes 60 et 62) présentent une structure similaire (*là* + posture de la thérapeute) ainsi que le même nombre de syllabes. Au niveau gestuel, la thérapeute hoche la tête au moment-même où le superviseur formule son interprétation. Puis, de manière à la fois séquentielle et synchrone, thérapeute et superviseur secouent la tête (lignes 61, 63, 67). Les rires conjoints s'entremêlent, de surcroît, aux énoncés verbaux du tandem (lignes 63, 66, 68). Puis, en chevauchement de tours, le superviseur rit fort et formule un énoncé affiliatif de type « reconnaissance » qui prolonge la première interprétation (*ha ha ha tu te dis NON là c'est foutu là* ↓, ligne 68). La thérapeute s'aligne à cette formulation affiliative (*c'est vrai* ↓, ligne 69), validant le discours fictif énoncé par le superviseur. Elle hoche également la tête, signifiant par là son adoption de la posture suggérée (ligne 70 à 74). Les rétroactions affiliatives successives semblent générées par l'imitation motrice réciproque (secousse de la tête, rires et sourires). Les ajustements en miroir du contenu et de la structure des énoncés, les formes prosodiques et vocales des interactants, eux aussi en miroir, ajoutés à la convergence des indices multimodaux présents dans les interactions rappellent ce que la littérature nomme le phénomène de « contagion émotionnelle » (M. Stevanovic & Peräkylä, 2015). Après cette phase interactionnelle d'accomplissement affiliatif, le tandem présente une consolidation de l'affectivité partagée par des productions langagières synchrones, en miroir, courtes et denses (*ouais ouais ouais*, lignes 71 et 73). Superviseur et thérapeute s'attardent un peu sur cette affectivité partagée, qui s'estompe ensuite progressivement (le volume des voix baisse), manifestant l'abandon du style emphatique. La sortie de l'affichage affectif partagé est signée par l'énoncé conclusif du superviseur qui clôt la séquence (*ouais* ↓(0.5) *okay* ↓, ligne 75), validé par la thérapeute ; cette dernière ouvre une transition topicale en recyclant le thème du réseau de soins initié en tout début de séquence (extrait 1 lignes 1-13).

Bien que cette analyse fine des interactions montre une affiliation conjointe, monitorée tour après tour, des indices dans les productions langagières multimodales du superviseur laissent penser que l'affiliation reste partielle. En effet, dès les premiers échanges dans la préface de la séquence (extrait 1), le superviseur minimise l'évaluation de la situation décrite par la

thérapeute ; il réduit également l'intensité de l'affectivité signifiée par la thérapeute dans les indices d'implication présents dans le tour de parole au plus fort de l'évocation de la situation problématique rapportée. Il n'y a pas d'affichage des affects correspondants, pas de réciprocité dans l'affichage de l'affectivité. Ce qui semble préfigurer un manque d'affiliation dans la préface de la séquence se donne ensuite à observer également dans les interactions du tandem. Le premier signe discret est logé dans l'effet produit par la question que le superviseur adresse à la thérapeute, au début du deuxième extrait (*t'as aussi pu le- °le lui commenter ↑ ou justement°(.) L'INTERPRÉTER ↑, ligne 45*). À cette question où transparait une sorte de prudence (voir analyse supra), la thérapeute répond par un long tour de parole aux nombreux signes d'implication. Le manque d'affiliation active le narrateur alors que l'affiliation le calme (Couper-Kuhlen, 2012; Du Bois & Kärkkäinen, 2012; Peräkylä & Ruusuvuori, 2012; Selting, 2010). Pour rappel, ces recherches ont montré que le manque ou l'insuffisance d'affiliation du destinataire d'un récit activait le comportement du narrateur et le conduisait à rechercher une affiliation par des moyens multimodaux. Les auteurs considèrent que la tendance à l'activation comportementale en réponse à un manque d'affiliation est associée à une augmentation de l'excitation physiologique. Le second signe d'une affiliation partielle réside dans le rire du superviseur (ligne 68). C'est un rire franc et spontané mais qui présente un décalage avec le contenu du topic, plutôt du registre douloureux que plaisant et drôle : la posture affective de la thérapeute est interprétée par le superviseur comme un découragement (ligne 62), et est reconnue dans le discours fictif du superviseur comme une pensée hypothétique rapportée d'échec (*tu te dis NON là c'est foutu là ↓, ligne 68*). Par conséquent, la posture affiliative du superviseur présente une contradiction : elle est à la fois affiliée, au sens où il reconnaît le découragement en tant que vécu affectif légitime et valable face à une patiente qui peine à développer une conscience du trouble psychiatrique ; et elle est non affiliée quant au fait de considérer la situation comme désespérée.

Produire une réponse affiliative au récit d'expérience impliqué du thérapeute peut revêtir une forme plus élaborée que la simple reconnaissance de la posture affective endossée dans son récit d'expérience. Il s'agit pour le superviseur d'interpréter, c'est-à-dire d'orienter l'attention vers quelque chose d'implicite dans l'expérience narrée d'une personne (Voutilainen & Peräkylä, 2016; Voutilainen et al., 2010b). Autrement dit, il s'agit de produire des formulations défiantes, également nommées *challenging formulations* dans la littérature (Voutilainen, Henttonen, et al., 2018). Ces actions consistent, pour l'intervenant, à questionner les croyances de son interlocuteur à propos de lui-même du monde ou de sa manière d'être avec les autres. L'action est menée le plus souvent discrètement, mais la formulation peut parfois être ouverte et directe. Elle survient avec la reconnaissance de la posture affective du narrateur rendue visible dans l'interaction de supervision, lors du récit d'expérience.

6.3.1.3. Se désaffilier

Bien que la majorité des réponses aux récits impliqués des thérapeutes se révèlent être des formulations affiliées, certains cas de désaffiliation rendent compte d'une prise de position forte et défiante de la part des superviseurs. La posture affective du thérapeute est remise en question, et la régulation des échanges indiquent une gestion fine des positionnements interactionnels. Rôles et places se négocient, dévoilant les enjeux de la relation de supervision. Malgré la prégnance de ces enjeux dans l'action de désaffiliation du superviseur, nous gardons le focus analytique sur la trajectoire de l'affectivité, reportant le traitement de des rapports de place dans le chapitre 7.

Nous présentons ci-dessous une séquence dans laquelle la superviseure ne valide pas la posture de la thérapeute à l'égard de l'une de ses patientes. La séquence survient au début d'une séance de supervision de type « revue de cas multiples ». La thérapeute ouvre la supervision avec l'agenda de la séance et l'annonce des situations cliniques qu'elle souhaite aborder (hors transcription). Nous avons identifié quatre topics : la gestion administrative du dossier, le problème du transfert de la patiente à un thérapeute privé, la durée des suivis institutionnels et le traitement explicite de la posture de la thérapeute. Nous présentons l'analyse de la séquence en cinq extraits qui respectent les topics identifiés et le dernier en deux parties afin de faciliter la lecture narrative de l'analyse.

Dans le premier extrait, la thérapeute soumet à la superviseure son intention de rédiger le rapport pour l'assurance invalidité de sa patiente. Elle souhaite obtenir son assentiment et décrit pour cela la situation administrative et clinique de la patiente. Dans ce début de séquence, le tandem se met rapidement d'accord sur le topic et sur l'évaluation de la situation. Les productions langagières offrent un point de repère sur le type de discours pour chaque interactant selon leur implication dans la conversation à propos de la situation clinique particulière. Cet environnement interactionnel constitue le socle sur lequel la suite de l'analyse se déploie ; il permet, dans les extraits suivants, une analyse séquentielle de l'émergence d'une affectivité augmentée de manière située.

TA1_extrait 1 (02:00-05:20)

```

1  T +L'AUTRE chose c'est que j'ai reçu↑ alors maintenant *c'est vraiment les
2  +prends une feuille prise dans son dossier et la lit----->
3                                     * sourit ----->
4  frapports AIE↓ (1.5) heu:: bon↓ là↑ pour madame pellet je vais le FAIRE
5  ----->*
6  euh::(2.0)mais par CONTRE je voulais juste voir avec +toi parce qu'elle
7  ----->+ +regarde S
8  bossait↑ elle avait une rente à #cent pourcent↑(.)mais avant d'avoir son
9  S                                     #hoche la tête
10 T enfant↑ elle travaillait à [quinze vingt pourcent↓
11 S                                     [#ouais j'me souviens+ouais↓
12                                     #hoche la tête
13 T                                     +hoche la tête
14 pis LÀ euh elle peut pas retravailler dans le: enfin ils ont rembauché
15 d'autres gens:
16 S #ouais↑
17 #hoche la tête
18 T et pis(.) et pis j'la sens+PAS(.) #elle est déjà tellement STRESS STRESSÉE(.)
19                                     +inclina la tête aux mots accentués----->+
20 S                                     #hoche légèrement la tête----->#
21 T elle arrive pas à suivre avec le bébé↑=
22 S =#hm hm↑
23 #hoche la tête
24 T euh:(.)MOI j'voulais j'voulais#JUSTE dire dans le rapport qu'il fallait lui&
25 S                                     #hoche légèrement la tête----->#
26 [&donner du TEMPS et pis PAS de la [PRESSER parce que ça change RIEN au &
27 S [#hm hm                                     [ouais
28 #hoche fortement la tête
29 T &niveau de [la RENTE&
30 S                                     [#ouais
31                                     #hoche la tête
32 T &mais ça va↑ si je::=
33 S =oui oui
34 T hoche la tête et dépose la feuille sur un tas de dossiers posés par terre---->

```

La thérapeute ouvre la séquence avec l'annonce du traitement des dossiers administratifs auprès de l'assurance invalidité (lignes 1-10). Après une pause de deux secondes, elle introduit la formulation d'une demande de validation par la superviseure concernant la rédaction de sa recommandation auprès de l'assurance pour sa patiente (*mais par CONTRE je voulais juste voir avec toi*, ligne 6). Elle décrit plus précisément la situation administrative de la patiente (lignes 8-15). La superviseure encourage cette présentation en hochant simplement la tête (ligne 9) ou en encourageant verbalement la thérapeute (*ouais j'me souviens ouais* ↓, ligne 11 ; *ouais* ↑, ligne 16), donnant par la même occasion l'information qu'elle se souvient de cette patiente (probablement présentée lors d'une précédente supervision). En guise de préface à sa demande, la thérapeute énonce ensuite son évaluation de l'état de la patiente. Elle formule d'abord sa posture personnelle (*et pis(.) et pis j'la sens PAS(.)*, ligne 18), puis une évaluation de l'état mental de sa patiente (*elle est déjà tellement STRESS STRESSÉE(.) elle arrive pas à suivre avec le bébé* ↑, lignes 18 et 21). Ce tour de parole (lignes 18-21) indique un changement dans l'implication de la thérapeute. Alors que jusqu'à ce point de l'interaction son discours est calme avec peu de marqueurs d'emphase, plusieurs signes d'une implication augmentée apparaissent : une densité augmentée de syllabes accentuées (PAS, STRESS, STRESSÉE, ligne 18), une nouvelle organisation rythmique dans le début du tour (*et pis(.) pis j'la sens PAS(.)*, ligne 18) avec une cadence marquée par l'inclinaison de la tête sur les mots accentués (ligne 19), une intensification des éléments lexicaux du registre affectif (STRESS STRESSÉE). Encouragée par les hochements de tête (lignes 20 et 23) et le continuateur vocal de la superviseure (*hm hm* ↑, lignes 22), la thérapeute poursuit en énonçant d'une traite la recommandation qu'elle souhaite rédiger dans le rapport AI de la patiente (lignes 24-32). La superviseure contribue à ce tour de parole par des hochements de tête ou par des continueurs vocaux brefs, énoncés de manière synchrone avec les points significatifs du discours de la thérapeute ; en effet, ces comportements sont produits en chevauchement de parole lorsque la thérapeute donne des informations centrales pour la compréhension de la posture qu'elle défend : elle hoche la tête lorsque la thérapeute préface son annonce (*JUSTE dire dans le rapport qu'il fallait*, ligne 24 ; elle produit un continuateur vocal (*hm hm, ouais*, lignes 27 et 30) à l'énonciation des éléments cruciaux de la posture prise par la thérapeute (*donner du TEMPS, PRESSER*, ligne 26 ; *la RENTE*, ligne 29). Les continueurs vocaux et les hochements de tête accompagnent ainsi le récit. Ils soutiennent, d'une part, la production des informations utiles pour la compréhension du problème et permettent, d'autre part, à la superviseure d'exposer à la thérapeute sa propre posture en voie d'affiliation, concernant cette recommandation pour l'AI de la patiente. A l'issue de ce long tour de parole, la thérapeute formule sa requête pour obtenir la validation de sa proposition (*mais ça va tsi je::*, ligne 32).

Sans que la thérapeute ne termine la formulation de sa question, la superviseure valide formellement (*oui oui*, ligne 33). Malgré la pré-clôture agie par la thérapeute (hoche la tête, se penche en avant et dépose la feuille sur un tas de dossiers posés par terre, ligne 35), la superviseure se désaligne de cette transition et continue la conversation à propos de Madame Pellet, ouvrant alors un nouveau topic la concernant :

TA1_extrait 2

35 S pis ELLE on avait AUSSI envisagé euh de la TRANSFÉRER↓ hm↑
 36 T ALORS↓ +(2.0)
 37 +se redresse, sourit en regardant S et marque un mouvement de la main
 38 il faudra qu'on prenne du temps pour #discuter d'elle↓(1.0)
 39 S #hoche la tête légèrement
 40 T mais le problème c'est que je suis passée en première ligne pour elle↑
 41 S hoche la tête

42 T et euh::(2.0)
43 <et elle va d-déménager sur +euhm::>(2.0)
44 +pivote son siège sur le côté
45 °euh::Ve::vey↑ ou Montreux↑ [j'sais plus°
46 +secoue la tête
47 S [ouais↑
48 T +elle veut pas changer de thérapeute↓ #>°faudrait+que je lui dise qu'elle&
49 +secoue la tête----->+ +recule dans le fauteuil
50 S #hoche légèrement la tête
51 T &pourrait[aller plus près↓<
52 S [faudrait OUAIS faudrait lui DIRE que:
53 T \$.hh mais le PROBLÈME c'est que:: avec ALPHONSE et euh::(2.5)et philippe↑ ça
54 \$croise le bras sur sa poitrine ----->
55 lui avait été présenté comme quoi::+j'étais en première li::gne que c'était
56 +rythme avec la main et la tête----->
57 une [psychothérapie:: ça a PAS été prés- tu VOIS↑=
58 S [#ouais:mais
59 #secoue la tête

La superviseure s'auto-sélectionne, alors que la thérapeute est encore penchée pour déposer au sol le dossier de Madame Pellet. Elle propose de continuer à parler de la même patiente en rappelant ce qui semble avoir été l'objet d'une supervision antérieure (*pis ELLE on avait AUSSI envisagé de la TRANSFÉRER* ↓*hm ↑*, ligne 35). Elle formule son rappel en ponctuant la fin de l'énoncé d'une intonation montante, invitant la thérapeute à répondre et à développer ce topic. Ce tour de parole, formulé avec emphase, contraste avec les tours précédents, en particulier en raison du nombre de syllabes accentuées nettement augmenté. Le topic du transfert de la patiente à un autre thérapeute est introduit et souligné. La réponse de la thérapeute fait écho du point de vue du discours emphatique. Elle formule le début de sa réponse comme une amorce de désalignement (*ALORS* ↓, ligne 36), accentuée et suivie d'une pause. Ce marqueur non convergent est accompagné d'une gestuelle qui pourtant s'aligne à la proposition de développer l'analyse de la situation de cette patiente (*il faudra qu'on prenne du temps pour discuter d'elle* ↓, ligne 38). Toutefois, le verbe est au temps futur : la thérapeute projette donc la discussion à un autre moment que le présent pragmatique. Elle fait une pause qui n'est pas saisie par la superviseure comme une opportunité de valider l'option de repousser la discussion. La thérapeute reprend le tour de parole et répond alors à la question de la superviseure concernant le transfert de la patiente (*mais le problème c'est que je suis passée en première ligne pour elle* ↑, ligne 40). « Passer en première ligne » souligne qu'elle-même est devenue centrale dans le réseau de soins, ce qui compromet le transfert justement. La superviseure ne reprend toujours pas la parole. Le silence qui accompagne les hochements de tête de la superviseure semblent être interprétés par la thérapeute comme des attentes de prolongement de son discours, puisqu'elle reprend à chaque fois la parole (lignes 36, 38, 40, 42 et 43). La dynamique discursive de la thérapeute change : elle ralentit (les multiples pauses visibles après les énoncés de la thérapeute ; <*et elle va d-déménager sur euhm::>(2.0)*, ligne 43) et montre des signes d'hésitations audibles par un volume de la voix diminué, des allongements vocaliques et un lexique d'incertitude (°*euhm ::*, ligne 43, *euh::Ve::vey↑ ou Montreux↑j'sais plus°*, ligne 45). La superviseure indique clairement son souhait d'un développement supplémentaire (*ouais ↑*, ligne 47) en chevauchement non compétitif de tour. La thérapeute formule alors une réponse alignée au rappel du transfert de la patiente (*elle veut pas changer de thérapeute ↓ >°faudrait que je lui dise qu'elle pourrait aller plus près° ↓<*, lignes 48 à 51) ; cet alignement est énoncé rapidement et à voix très basse. Cette idée est approuvée par la superviseure avec un hochement de tête (ligne 50) et une validation explicite (*faudrait OUAIS faudrait lui DIRE que;* ligne 52). Malgré un bref alignement à l'option de transfert de la patiente,

la thérapeute formule dans cet extrait ce qu'elle définit comme « le problème » (lignes 40 et 53). N'ayant pas convaincu la superviseure de la pertinence de son premier argument (être passée en première ligne, ligne 40), elle recourt à la légitimité épistémique des médecins pour justifier sa posture (.hh mais le PROBLÈME c'est que:: avec ALPHONSE et euh::(2.5)et philippe ↑ ça lui avait été présenté comme quoi::j'étais en première li::gne que c'était une psychothérapie::, lignes 54 à 57). Ce tour de parole dénote une implication forte de la thérapeute : elle a une respiration forte en début de tour, elle augmente les accentuations dans son discours et met de l'emphase sur son argumentaire par un volume augmenté et des allongements vocaliques sur les termes importants (PROBLÈME, ALPHONSE, première li::gne, psychothérapie::) ; elle soutient également son discours en le cadencant par des gestes de la main. La superviseure, quant à elle, s'exprime peu et ne présente pas de signe d'implication, exception faite de l'intervention en début d'extrait.

En fin de tour de parole et en chevauchement compétitif, la superviseure se désaffilie de la posture décrite par la thérapeute (ouais: mais, ligne 58 ; secoue de la tête, ligne 59) et présente sa propre prise de position :

TA1_extrait 3

```

57     une [psychothérapie:: ça a PAS été prés- tu VOIS↑=
58 S     [#ouais:mais
59     #secoue la tête
60 S     =#bein faut qu'on fixe un un entretien↑ et pis qu'on lui:: #reclarifie les
61     #baisse les yeux, secoue la tête, ajuste son dossier #hoche la tête
62     #CHOSES(3.0)
63     #regarde T, lève les sourcils en ponctuant avec la tête
64     #ça fait déjà DIX ANS qu'elle est suivie ICI↓=
65     #hoche la tête
66 T     =+°ouais↓°(4.0)
67     +hoche la tête très légèrement
68     [.$hh
69     $sourit---- >
70 S     [parce que #c'est un[entretien #de SOUTIEN enfin un [suivi de SOUTIEN (2.5)
71     #hoche la tête en levant les sourcils
72     #replaces le dossier sur ses genoux
73 T     [+oui↓
74     ----->$ +replaces son dossier sur ses genoux et recroise les bras
75     depuis LÀ qu'elle a eu ces CHOSES et qu'elle est ENCEINTE quand même pas mal↓
76 S     #°ouais°↓ (0.5)
77     #hoche la tête puis hausse les épaules
78 T     mais euh: (4.0) elle a QUAND MÊME pu DIRE que (3.0)euh que:(.)que depuis le
79     début du suivi↑ en fait elle a eu moins de hauts et de bas: qu'elle a déjà
80     plus [stabiliser certaines choses(.) y a quand même↑ fin↓ +je sais pas↓
81     +rit, se replie-->
82 S     [hm hm
83     bon↓ mais de toute façon↓ c'est- ça ça peut pas:tu vois↑ ça peut pas durer &
84 T     ----->+
85 S     & on va pas la suivre pendant QUINZE ANS ici↓
86 T     non↓#(1.0)
87 S     #ouvre son agenda
88     mais on peut on peut fixer un BILAN=
89 T     =+on fixe un bilan oui↓
90     +ouvre son agenda

```

La superviseure recycle l'idée de « dire à la patiente » que le suivi doit se terminer avec la thérapeute. Elle propose de « re-clarifier » le projet de soins avec la patiente lors d'un entretien à fixer (ligne 60-62). Elle ne reprend pas les arguments épistémiques de la thérapeute et ne mentionne aucunement sa position par rapport aux médecins évoqués. Suivent trois secondes de pauses, sans que la thérapeute ne prenne son tour, ce qui paraît engager la superviseure

dans une explicitation de sa posture (*ça fait déjà DIX ANS qu'elle est suivie ICI* ↓, ligne 64). Puis, suite à un faible alignement de la thérapeute et une longue pause (*°ouais* ↓°(4.0), ligne 66), la superviseure enchaîne son argumentation en recadrant théoriquement la définition du suivi en cours (*parce que c'est un entretien de SOUTIEN enfin un suivi de SOUTIEN (2.5)*, ligne 70). Dans les règles institutionnelles de prestations des psychologues, les suivis devraient être de l'ordre de la psychothérapie et non des suivis de soutien à long terme, qui sont en principe confiés à des infirmiers ou à des thérapeutes privés. Dans l'argumentaire de la superviseure, dix années semblent être considérées comme une trop longue période (information qui est confirmée ultérieurement). Les lignes suivantes (73 à 80) montrent une incompréhension de la part de la thérapeute qui s'aligne à la notion que le suivi est de l'ordre du soutien ; elle ajoute que celui-ci est efficace puisque la patiente témoigne d'une certaine stabilisation de son état psychique. La réaction de la superviseure indique à la thérapeute qu'elle ne considère pas sa réponse comme pertinente pour changer sa propre posture (*°ouais* ↓°, ligne 76 ; hoche la tête et hausse les épaules, ligne 77). Puis, malgré une faible approbation de l'évaluation positive de la patiente (*hm hm*, ligne 82), la superviseure énonce alors de manière très affirmée sa désaffiliation (*mais de toute façon* ↓*c'est- ça ça peut pas:tu vois* ↑ *ça peut pas durer on va pas la suivre pendant QUINZE ANS ici* ↓, lignes 83 à 85). Cette prise de position est impliquée, car elle présente une emphase sur la durée non envisageable d'un suivi institutionnel et une exagération de l'argument temporel initialement évoqué (les dix ans évoqués sont recyclés dans ce tour et augmentés à quinze ans). La thérapeute s'aligne (*non* ↓, ligne 86) et se résigne en obéissant à la consigne de fixer un entretien de bilan (ouvre on agenda, ligne 87-90).

Dans cet extrait la thérapeute tente de défendre sa position en négociant avec la superviseure (*quand même*, lignes 75, 78, 80). Elle produit des renseignements cliniques supplémentaires pour convaincre la superviseure du bien-fondé de sa posture thérapeutique (lignes 73 à 80). Des hésitations, signalées par des pauses et des marqueurs lexicaux (*euh:*, ligne 78), confèrent à cette tentative de négociation une posture timide de la part de la thérapeute. Cette observation est renforcée par la formulation explicite de son positionnement épistémique bas en fin de tour de parole (*fin* ↓ *je sais pas* ↓, ligne 80). Le rire qu'elle manifeste au même moment et qu'elle prolonge par un sourire, ainsi que son repli corporel, indiquent une gêne. En effet, ces comportements ne concordent pas avec le contenu des énoncés (le sien et celui de la superviseure) mais surviennent suite à plusieurs refus de la superviseure de s'affilier à sa posture.

Le niveau d'implication de la superviseure est élevé dans cet extrait, et tranche avec les deux extraits précédents. Il est rendu manifeste par le biais d'indices multimodaux. La superviseure prend son premier tour de parole avec des mouvements de la tête et des mimiques du visage typiques de l'implication (changements du regard, haussement de sourcils, hochement et secousse de la tête). De plus, des mots sont accentués, ceux qui constituent le cœur de son argumentation (*CHOSE*, ligne 62 ; *DIX ANS, ICI*, ligne 64, *SOUTIEN*, ligne 70 ; *QUINZE ANS*, ligne 85 ; *BILAN*, ligne 88), ce qui totalise 14 syllabes accentuées sur cet extrait. Globalement, l'agitation motrice est augmentée également. La thérapeute, quant à elle, modifie aussi son style de discours, passant d'un style emphatique (extrait 2) à un style qui comporte moins d'indices d'implication que précédemment : elle formule son énoncé avec un volume diminué en hochant la tête très légèrement (lignes 66-67) et ses tours de parole sont plus courts, excepté celui des lignes 78-80, où elle tente encore de défendre sa posture. Du point de vue du rythme des interactions, un ralentissement manifeste est observable par de longues pauses (lignes 62, 66, 70, 78, 86).

Et une fois de plus, la superviseure se désaligne d'une séquence de pré-clôture et propose une relance sur un topic secondaire au travail sur la situation de Madame Pellet :

TA1_extrait 4

```

91 S #mais+ftoi ft'aimerais encore la: la GARDERf
92 #regarde T en souriant----->#
93 T      +sourit en baissant la tête ----->
94 MAIS↑(1.0) *en FAIT LÀ↑ j'pense que (1.0)euh::ça a été euh(3.0)
95 ----->+ *ferme son agenda et regarde S
96 si si+fin↓ >ça lui a été présenté +qu'elle pourrait rester longtemps avec
97      +hausse les épaules      +hoche la tête vigoureusement ----->
98 [MOI et que c'était pour ÇA que c'était BIEN que je sois en première ligne↓<
99 ----->+
100 S [#°hein hein°
101 #hoche très légèrement la tête
102 #ouais: mais ça va PAS:: hein (3.0)
103 #secoue la tête----->
104 T et pis [MOI j-
105 S      [bein #on va lui dire que ça a CHANGÉ: et que VOILÀ: fin tu #vois↑
106      #secoue la tête, hausse les sourcils et les épaules #sourit
107 T +.hh
108 +hausse les sourcils en levant les yeux au plafond et hausse les épaules
109 alors à VOIR↑ c'est vrai que ça peut peut-être correspondre à son
110 DÉMÉNAGEMENT [mais
111 S      [#mais OUI(3.0)
112      #hoche la tête en haussant les sourcils

```

Alors qu'une transition topicale est en cours puisque la superviseure et la thérapeute ouvrent leur agenda, la superviseure initie un nouveau thème, celui de la posture de la thérapeute à l'égard de la patiente (*mais toi t'aimerais encore la: la GARDER*, ligne 91). Cet énoncé présente les caractéristiques d'une interprétation au sens où la superviseure rend visible « quelque chose » jusqu'ici resté implicite dans le discours de la thérapeute. En effet, dans les trois premiers extraits, les topics concernaient le dossier administratif de la patiente (extrait 1), le problème clinique du transfert de la patiente à un thérapeute privé (extrait 2) et les pratiques institutionnelles de ne pas suivre les patients sur de longues périodes (extrait 3). Le « transfert » de la patiente est thématiqué explicitement par la superviseure au début de l'extrait 2, mais il n'est pas question de la posture de la thérapeute à l'égard de ce transfert. À ce thème, la thérapeute répond par l'explicitation de la posture de la patiente elle-même (*elle veut pas changer de thérapeute ↓*, ligne 48) et par l'évocation de la posture des collègues médecins qui ont préconisé que la thérapeute demeure en première ligne (*.hh mais le PROBLÈME c'est que:: avec ALPHONSE et euh::(2.5) et philippe ↑ ça lui avait été présenté comme quoi::j'étais en première li::gne*, lignes 53 – 55). Dans l'extrait 3, c'est la superviseure qui énonce, avec une implication élevée, son avis sur la situation de suivi au long court, même si la posture de la thérapeute n'est toujours pas traitée en tant que telle.

Au début de l'extrait 4, le tour de parole comporte à la fois la reconnaissance du vécu de la thérapeute et la mise en évidence d'une dimension sous-jacente perçue par la superviseure. Cette formulation affiliative est une « reconnaissance » centrée sur la thérapeute grâce à l'usage du pronom « toi, tu » et du verbe « aimer » (*mais toi t'aimerais*, ligne 91) et sur la relation thérapeutique par la formulation d'une dyade patiente -thérapeute (*la GARDER*, ligne 91), prononcée de manière accentuée. Cet énoncé est aussi une « interprétation » en ce qu'il porte sur la posture affective de la thérapeute selon la perspective de la superviseure. Celle-ci fait référence à l'expérience de la thérapeute en prétendant reconnaître ce vécu, donnant à voir son accès à la posture affective de la thérapeute. Le recours à un nouveau lexique (le verbe

garder), l'usage du conditionnel (*t'aimerais encore*) et les particules de rire dans la voix ainsi que le sourire font prendre à l'échange une nouvelle tournure. La thérapeute s'affilie aussitôt en souriant (ligne 93) tout en continuant la tâche initiée au tour précédent qui consistait à fixer une séance de bilan. Pourtant, son énoncé ne s'aligne pas tout à fait sur le topic proposé par la superviseure car elle ne répond pas à l'interprétation proposée. Elle hésite (multiples pauses ; marqueurs d'hésitations, troncations) et produit un énoncé syntaxiquement inabouti (*MAIS ↑(1.0) en FAIT LÀ ↑ j'pense que(1.0) euh::ça a été euh(3.0)*, ligne 94). Elle referme son agenda et regarde la superviseure. Le tour de parole qu'elle déploie ensuite recycle alors les topics traités dans les deux extraits précédents (*ça lui a été présenté qu'elle pourrait rester longtemps avec MOI et que c'était pour ÇA que c'était BIEN que je sois en première ligne ↓*, lignes 96 à 98). Tous les éléments argumentaires sont recyclés de manière synthétique : « ça lui a été présenté » reprend la décision médicale, « elle pourrait rester longtemps avec moi » reprend la durée du suivi potentiellement longue, « être en première ligne » reprend l'argument de la référence thérapeutique. Elle insiste sur les termes importants de son argumentaire en accentuant les mots « MOI, ÇA, BIEN » et en accompagnant son énoncé par des gestes des épaules et de la tête (ligne 97). La superviseure ne produit qu'un très faible alignement en chevauchement de tour (*°hein hein°*, ligne 100) et enchaine en se désaffiliant une fois encore à la prise de position de la thérapeute (*ouais: mais ça va PAS:: hein (3.0)*, ligne 102). Cette dernière tente de donner sa posture une première fois (*et pis MOI j-*, ligne 104) mais elle est interrompue par la superviseure qui confirme son désalignement (*bein on va lui dire que ça a CHANGÉ: et que VOILÀ:*, ligne 105). Sur l'insistance de la superviseure dans la prescription d'une séance de bilan, la thérapeute s'aligne finalement en proposant un argument factuel à présenter à la patiente (*.hh alors à VOIR ↑c'est vrai que ça peut peut-être correspondre à son DÉMÉNAGEMENT mais*, lignes 109-110). Toutefois, son énoncé comporte des ambiguïtés : elle soupire en début de tour, hausse les sourcils et les épaules et lève les yeux au plafond (ligne 108) et initie une suite à cet énoncé avec un marqueur d'opposition, qui est interrompu par la superviseure. Par deux fois, la superviseure intervient en chevauchement compétitif (lignes 104-105 et 110-111), prenant une position d'autorité dans la conduite de l'activité conversationnelle. L'analyse topicale de cet extrait montre des phénomènes de convergence partielle de la part de la thérapeute et des désalignements francs de la part de la superviseure. Du point de vue de l'affectivité dans cet extrait, le tandem est impliqué. Thérapeute et superviseure affichent des signes d'implication à ce dont elles parlent par des comportements qui accompagnent le contenu du discours : la superviseure commence par sourire en ouvrant le topic de la posture affective de la thérapeute (ligne 92), puis elle secoue la tête à plusieurs reprises joignant le geste à la parole pour signifier son désaccord (ligne 103, 106). D'autres indices d'un discours emphatique dans les tours de parole de la superviseure sont les haussements de sourcils et des épaules, typiques de l'affichage d'une affectivité augmentée selon la littérature. Les marques d'implication de la thérapeute sont également présentes (respiration profonde au début de la prise de parole, ligne 107 ; haussement des sourcils, des épaules, mouvements de tête (lignes 108 et 113) ; ils sont toutefois moins prononcés que dans l'extrait précédent. Sur l'alignement et l'affiliation de la superviseure (*mais OUI*, en hochant la tête et en haussant les sourcils, lignes 111-112), la thérapeute développe ensuite une réflexion personnelle centrée sur la posture affective dans sa relation à la patiente :

TA1_extrait 5

113 T incline la tête de gauche à droite, hausse les épaules et regarde le plafond
 114 +c'est fVRAI bon↓ après↑£(0.5)après j'suis désolée↓c'est vrai que j'ai de la
 115 +sourit de plus en plus ----->

116 peine à [LÂCHER mes PATIENTS
117 S [hm
118 #OUAIS je SAIS mais VOILÀ c'est:(3.0)
119 #hausse les sourcils, lève les mains, baisse le menton, serre les lèvres
120 T ----->+
121 S y a de la PRESSION pour qu'on en prenne #D'AUTRES=
122 #sourit
123 T oui↓+BON↑(.)SI je suis obligé de la LÂCHER euh(1.0) finalement↑ le
124 +hoche la tête, rentre la tête dans les épaules et lève les mains
125 déménagement pourrait [être une bonne OCCASION
126 S [ça f-ouais #bein OUI(.)ouais↓elle déménage quand
127 #hoche la tête

La thérapeute formule une interprétation de sa propre posture affective dans sa relation à ses patients. Elle énonce avoir de la difficulté à mettre fin aux suivis thérapeutiques avec les patients dont elle est référente (*c'est vrai que j'ai de la peine à LÂCHER mes PATIENTS*, lignes 114 et 116). Cet énoncé est une « interprétation » en ce qu'il éclaire un contenu resté jusqu'alors implicite dans les échanges. Dans l'extrait 4, la superviseure proposait l'idée que la thérapeute pourrait vouloir « garder » la patiente (ligne 91) et c'est la thérapeute qui reformule le sens de la difficulté à terminer les suivis thérapeutiques avec ses propres mots, autrement dit, selon sa propre perspective. Elle lie cet énoncé aux échanges précédents en utilisant deux fois la formulation convergente (*c'est vrai*, ligne 114), comme si elle rendait visible cette dimension restée implicite. L'interprétation présente un caractère généralisant dans la difficulté perçue de la thérapeute incluant l'ensemble de ses patients (*LÂCHER mes PATIENTS*). Elle re-situe ensuite cette interprétation dans le cas particulier de Madame Pellet (*SI je suis obligé de la LÂCHER*, ligne 112). Ce tour de parole présente une certaine implication, manifestée par des gestes (ligne 113), des mimiques du visage (sourit de plus en plus, ligne 115), un lexique du registre émotionnel (avoir de la peine, lâcher, ligne 116) et une dimension vocale soutenue grâce des accentuations du registre affectif. Cette implication semble néanmoins maîtrisée par des stratégies de détachement (Traverso, 2000). Le terme « bon » fonctionne comme un marqueur de détachement ; il est utilisé deux fois par la thérapeute (lignes 114 et 123) et tend à réduire l'implication de la thérapeute à ce dont elle parle. La superviseure soutient brièvement ce travail réflexif (*hm OUAIS je SAIS*, ligne 117-118) et enchaîne aussitôt un énoncé conclusif qui tend à minimiser les propos de la thérapeute (*mais VOILÀ*, ligne 118) et à re-situer le registre affectif de l'interprétation dans le registre des règles institutionnelles (*y a de la PRESSION pour qu'on en prenne d'AUTRES*, ligne 121). L'implication de la superviseure est présente et manifestée par le nombre important de syllabes accentuées (7 syllabes) et les nombreux gestes et mimiques du visage (lignes 119 et 122). Toutefois, comme dans le cas de la thérapeute, cette implication paraît contrôlée et rendue visible par l'usage du marqueur « voilà » qui indique une modification de l'engagement de la superviseure à l'égard de l'affectivité évoquée et exprimée par la thérapeute. Comme dans les interactions d'affiliation conjointe analysée précédemment, cette deuxième partie d'extrait 5 montre des phénomènes d'ajustement en miroir dans les interactions, visibles pas les gestes de la thérapeute et de la superviseure (sourires, hochements de tête, levée des mains) tour après tour. Cette convergence des indices multimodaux produits par le tandem rend compte de la construction conjointe d'une affiliation partagée, malgré la désaffiliation de la superviseure à la posture de la thérapeute. La séquence de travail sur la relation de la thérapeute avec Madame Pellet se termine par un alignement sur le principe du transfert de la patiente en question, justifié par son déménagement. La suite de la supervision à propos de cette patiente se prolonge sur des aspects techniques et administratifs.

6.3.1.4. La dynamique des interactions affectivement impliquées

Les trajectoires de l'affectivité dans les interactions suite à des récits impliqués des thérapeutes présentent des points de convergence avec la littérature du domaine de la gestion de l'affectivité dans les pratiques quotidiennes et institutionnelles. Nous proposons de relever les similarités observées et de spécifier ce qui peut constituer les particularités des interactions de supervision dans le travail sur la relation thérapeutique.

Dans la littérature consacrée au *storytelling*, les récits du narrateur sont affectivement impliqués et présentent des signes multimodaux d'un attachement à ce dont il parle (M. H. Goodwin & Goodwin, 2000; Kerbrat-Orecchioni & Traverso, 2007; Plantin et al., 2000). Le narrateur définit la posture adoptée dans la situation décrite et partage une évaluation de celle qu'il prend au moment du récit (Kerbrat-Orecchioni & Traverso, 2007; Voutilainen et al., 2014). En convergence avec cette littérature, les thérapeutes produisent des récits d'expériences vécues avec leurs patients : ils évoquent une dimension affective plus ou moins explicite dans leur discours. Les affects, ou les émotions, constituent des topics développés par les tandems par le biais de l'explicitation d'une posture endossée dans la relation thérapeutique et sont évoquées dans les discours comme des thèmes auxquels le narrateur est plus ou moins attaché ou détaché (Selting, 1994; Traverso, 2000). Ces émotions sont donc également « présentes » dans l'interaction de supervision. Elles ressortent dans les discours par des indices verbaux, vocaux et gestuels (Peräkylä & Ruusuvuori, 2012; Prior & Kasper, 2016; Reber, 2012; Ruusuvuori & Peräkylä, 2009; Selting, 2010; Voutilainen, Henttonen, et al., 2018). Nous les avons rendues visibles grâce à deux procédés analytiques : par le codage des indices d'implication pour chaque interactant selon une démarche quantitative et séquentielle (nombre d'indices par tour de parole), d'une part, et la description multimodale des interactions, selon les trajectoires topicales des séquences et des manifestations réciproques de l'attachement à ce dont les interactants parlent, d'autre part. L'implication se manifeste dans le type de discours produit par les interactants : elle est en particulier observable lors des bascules du style discursif, soit dans un changement vers davantage de signes d'implication (de peu de signes d'emphase vers plus de signes d'emphase), soit dans un changement visible vers une réduction des signes d'implication dans le discours.

Ces récits affectivement impliqués sont séquentiellement organisés et socialement co-élaborés en vue d'une affiliation de la part du destinataire du récit, dans notre étude le superviseure (Peräkylä et al., 2015; Stivers, 2008; Stivers et al., 2011a). Ils présentent donc une séquentialité interactionnelle qui rejoint la littérature dans le domaine de l'analyse conversationnelle des phénomènes d'affiliation dans les interactions en contextes institutionnels du social et de la santé (Ruusuvuori & Voutilainen, 2009; Voutilainen, Henttonen, et al., 2018; Weiste & Peräkylä, 2014). Les interventions affiliatives du superviseur sont faites d'énoncés qui présentent une reconnaissance du vécu évoqué comme légitime et valable. Elles peuvent également se présenter sous forme d'interprétations en révélant une dimension affective restée implicite dans le discours du thérapeute. Ces interventions sont similaires à celles étudiées dans les contextes des psychothérapies ou des soins (Peräkylä, 2008; Savander et al., 2019; Voutilainen et al., 2010b; Weiste, 2015b, 2016, 2017; Weiste & Peräkylä, 2013).

Les interventions du superviseur sont multimodales et se produisent en mimétisme avec celles du thérapeute lors de l'affichage d'une affiliation partagée. Le phénomène d'affiliation s'avère être un accomplissement conjoint, co-élaboré dans une temporalité linéaire mais également simultanée. L'analyse interactionnelle menée sur des transcriptions multimodales a permis de

décrire les processus de résonance automatique lors du partage de l'expérience affective (M. Stevanovic & Peräkylä, 2015). Dans la continuité des recherches dans le champ de l'affectivité en interaction, le récit affectivement impliqué du thérapeute peut générer des réponses diverses du superviseur. Elles peuvent être affiliées, comme présenté ci-dessus, mais aussi seulement partiellement affiliées, voir tout à fait désaffiliées. Dans les cas d'affiliation incomplète, les thérapeutes recyclent leur récit en démontrant une implication augmentée par rapport au premier récit, offrant au superviseur une seconde occasion de s'affilier. L'absence d'affiliation du superviseur est accompagnée d'un désalignement, manifesté par des transitions topicales non convergentes et par des indices de désapprobations verbales et comportementales. Dans la désaffiliation lors de pratiques quotidiennes, l'absence de marquage affectif (ou plus faible que celui du narrateur) indique une désapprobation (Selting, 2010). Dans les pratiques de supervision, la désaffiliation est active et agie, au sens où elle consiste en une prise de position explicite de la désapprobation concernant la posture prise par le thérapeute.

Dans les deux types de réponses du superviseur, une affiliation conjointe s'établit progressivement, dans un jeu subtil de négociation d'un territoire épistémique commun à propos de la posture du thérapeute. Les analyses montrent qu'après l'accomplissement affiliatif, les tandems développent une conversation réflexive sur le sens à donner à la posture endossée du thérapeute. Ces phénomènes d'affiliation ou de désaffiliation suite aux récits impliqués du thérapeute semblent donc constituer des ressources pour la supervision. Dans la majorité des séquences de la collection, le traitement de l'affectivité est un environnement pour le développement d'un travail réflexif centré sur la posture du thérapeute. Les analyses montrent que les tandems déplacent la conversation de supervision du registre affectif au registre cognitif. Le thérapeute déplace son point de vue sur lui-même, en modifiant la signification qu'il accorde à ses sensations, ses émotions ou ses comportements, et sur sa relation avec le patient, en envisageant le sens des interactions selon une autre perspective que celle présentée initialement au superviseur. Autrement dit, traiter l'affectivité du thérapeute dans le contexte de la supervision permet d'initier un discours autoréflexif de celui-ci.

Notre démarche d'analyse des phénomènes d'affiliation repose sur une description fine de l'implication tant du thérapeute que du superviseur. Partant du postulat des théories interactionnistes que la posture d'un locuteur est présente dans tout énoncé, des indices d'implication sont manifestés dans toute production. Les réponses affiliées paraissent contenir une correspondance à l'affichage des affects des thérapeutes (mimétisme, effet miroir). Ainsi, les réponses affiliées ou désaffiliées du superviseur comportent, elles aussi, leurs signes d'implication, révélant au thérapeute le degré d'attachement du superviseur à ce dont il parle. Toutefois, nous avons observé que les signes d'implication sont moins nombreux dans les réponses affiliées aux récits impliqués des thérapeutes que dans les réponses désaffiliées. Dans les séquences de désaffiliation, c'est-à-dire de désapprobation de la posture affective présentée par les thérapeutes, les superviseurs présentent des discours emphatiques avec des marques d'implication nettement augmentées par rapport à leur ligne de base. Est-ce à dire que les actions de désaffiliation impliquent affectivement les superviseurs plus que les actions d'affiliation ? La figure suivante schématise les réponses des superviseurs aux récits impliqués des thérapeutes.

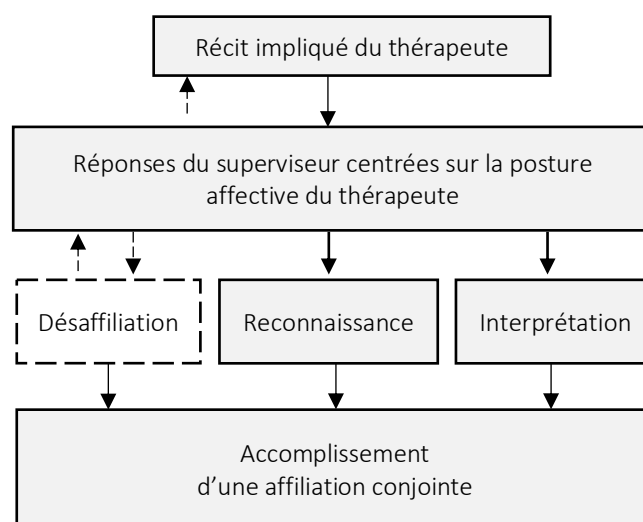


Figure 19: Réponses des superviseurs aux récits impliqués des thérapeutes

Dans tous les cas, les superviseurs orientent la suite des interactions vers un développement conversationnel centré sur les connaissances du thérapeute à propos de lui-même et de sa posture affective. Ce dernier déploie de manière plus ou moins détaillée un discours autoréflexif, soutenu par le superviseur. En filigrane de cette gestion de l'affectivité en interaction, les superviseurs recourent à des formulations qui offrent également un cadrage théorique au contenu abordé ou des propositions d'actions (par exemple des interventions à mener ultérieurement), orientant les interactions, pour quelques instants, vers une activité de problématisation ou d'enseignement.

Dans ce chapitre, nous avons observé une gestion de l'affectivité qui se porte sur les récits d'expérience du thérapeute dans sa relation au patient. La professionnalité du superviseur réside donc dans sa capacité à signifier au thérapeute la reconnaissance d'une posture affective valable et légitime. Une autre action emblématique du superviseur consiste à produire des formulations qui défient légèrement la perspective énoncée par le thérapeute, en proposant un cadre interprétatif alternatif. Les processus d'affiliation, menés par le superviseur, constituent à la fois des processus de gestion de l'affectivité au sein du tandem, et un environnement interactionnel d'enseignement des compétences relationnelles nécessaires à l'alliance thérapeutique avec le patient. En ce sens, la supervision est un dispositif de mise en abyme de la gestion de l'affectivité en interaction : l'affectivité du thérapeute convoquée dans son récit d'expérience engage une dynamique d'implication réciproque avec le superviseur qui, non seulement structure et oriente les interactions de supervision, mais encore configure un environnement expérientiel d'une gestion de l'affectivité. L'émotion du thérapeute constitue donc non seulement le topic (ce dont on parle), et le pivot autour duquel s'articulent les interactions : l'interaction clinique avec le patient et l'interaction de supervision. Autrement dit, dans la supervision, le thérapeute se trouve dans une configuration interactionnelle inversée de celle qu'il mène avec ses patients ; alors qu'il gère l'affectivité dans les interactions avec les patients, endossant le rôle de celui qui est censé produire une réponse affiliée lors des récits d'expériences impliqués des patients, il se trouve à endosser le rôle de celui qui produit le récit impliqué, attendant une affiliation de la part du superviseur. Cet environnement interactionnel permet au thérapeute d'expérimenter la place du narrateur

impliqué et d'observer ce que le superviseur donne à voir de la gestion d'une affectivité en interaction.

Comme synthétisé ci-dessus, le tandem construit une trajectoire interactionnelle qui conduit le thérapeute à développer un discours autoréflexif, ce qui constitue une dimension formative en soi. De plus, en tant que thérapeute en formation, il est également témoin des actions de supervision produits par le superviseur et peut se faire l'observateur des techniques de reconnaissance, d'interprétation, de cadrage ou de désaffiliation, et aussi des enjeux d'une relation dont l'objet s'avère être sa propre affectivité.

6.3.2. Les réponses du superviseur au récit détaché du thérapeute

Nous avons présenté dans le chapitre 6.1 que les séquences de travail sur la relation thérapeutique comportent un contenu thématique centré sur les enjeux de la relation du thérapeute avec son patient ou centré sur les émotions du thérapeute. Nous avons examiné ensuite le phénomène d'implication lors des récits d'expérience du thérapeute (6.2). Nous avons présenté comment les interactants manifestent leur degré d'attachement, ou de détachement, à ce dont ils parlent, particulièrement dans les échanges qui concernent la relation thérapeutique justement. Nous avons rendu compte des signes d'une implication du narrateur (thérapeute ou superviseur) et des bascules de leurs discours vers plus ou moins d'emphase, selon que les récits sont en phase d'accumulation (phase descriptive de l'expérience vécue) ou d'élaboration de la signification de l'expérience narrée (après l'apogée du récit). Dans le présent chapitre (6.3), nous analysons les trajectoires de l'affectivité lors des séances de supervision. Contrairement aux situations analysées au chapitre précédent (6.3.1), où les thérapeutes et les superviseurs manifestent une implication en rapport avec le contenu de leurs échanges dès le récit clinique initial impliqué du thérapeute, nous présentons, dans ce chapitre (6.3.2), les réponses du superviseur au récit détaché du thérapeute. Les superviseurs changent le rapport des thérapeutes à ce dont ils parlent par des formulations centrées sur la posture affective, en reconnaissant ou en interprétant une affectivité restée implicite dans leurs discours (6.3.2.1). Nous montrons comment cette centration sur l'affectivité des thérapeutes est agie par les superviseurs au moyen d'énoncés impliqués. Dans certaines séquences issues de notre collection, les superviseurs prennent position en désaffiliation avec celle que présente le thérapeute dans son récit. Nous montrons par nos analyses ce qu'une telle action de supervision induit dans les échanges et en particulier dans l'autoréflexion du thérapeute concernant sa posture relationnelle avec le patient (6.3.2.2). Les superviseurs s'alignent également sur le travail d'élaboration d'une analyse conjointe du topic à partir du récit détaché, non impliqué, c'est-à-dire d'un point de vue théorique ou technique. Ils produisent alors des actions de cadrage ou des propositions d'interventions thérapeutiques (6.3.2.3).

6.3.2.1. Impliquer le thérapeute par la reconnaissance ou l'interprétation

Dans les présentations cliniques détachées, qui ne présentent donc pas de signes d'implication affective, les superviseurs peuvent s'orienter vers des actions clairement centrées sur l'affectivité des thérapeutes ; ils peuvent formuler un énoncé de reconnaissance ou d'interprétation sur la base de la posture relationnelle formulée par le thérapeute, demeurée implicite dans le récit clinique initial. Les prochaines analyses présentent l'action d'impliquer le thérapeute à travers de deux séquences : la première montre les ressources langagières

déployées par une superviseure qui engage la thérapeute dans une bascule du style discursif vers plus d'emphase grâce à une interprétation ; la seconde séquence montre l'énonciation fugace d'une reconnaissance de la part de la superviseure pendant de la description clinique initiale de la thérapeute, et la gestion de l'affectivité qui s'en suit.

Impliquer par l'interprétation

La séquence présentée a été analysée une première fois au prisme de l'implication émergente de la thérapeute (6.2.2). Pour rappel, l'analyse séquentielle des interactions a montré que les signes d'implication de la thérapeute émergeaient dans le discours, progressivement et consécutivement aux actions de la superviseure. Nous proposons de reprendre cette séquence en portant cette fois-ci notre attention analytique sur la trajectoire de l'affectivité du tandem au regard des interventions de la superviseure. Pour rappel, au début de la séquence analysée, la superviseure formule un énoncé conclusif avant de passer d'une activité d'enseignement des techniques d'entretien systémiques au travail sur l'affectivité de la thérapeute :

TE4c_extrait 1 (29:09-36:46)

```

1  S tu vois(.)on crée [des ponts↓sur qu'est-ce que ça peut faire↓mais tou::t le&
2  T                    [#hm hm↓
3                      #hoche la tête en regardant S----- >+
4  S & monde est touché dans le truc parce que en faisant ça la mère *va::
5                                     * tourne les
6     doigts vers sa tempe
7     donc ça te permet de(.)de: de de de:(1.0)observer↑ mais SURTOUT de pas tomber
8     chez TOI
9  T +°hm° (2.0)
10  +hoche légèrement la tête et détourne le regard vers le sol
11 S parce que c'est VIOLENT après une séance comme ÇA↑ tu sors LESSIVÉE=

```

Avant l'extrait (hors transcription) et dans les premiers tours de parole, la thérapeute ne présente pas d'indices d'implication à ce dont il est question dans la supervision ; elle ne produit que des continueurs vocaux (*hm hm↓*, ligne 2) sans marques comportementales d'une agitation (hoche la tête en regardant la superviseure, ligne 3). Dans cet extrait, la superviseure déplace le topic de la technique auprès de la famille en thérapie (*on crée des ponts*, ligne 1) vers l'affectivité de la thérapeute (*donc ça te permet [...] SURTOUT de pas tomber chez TOI*, lignes 7-8). Encouragée par l'alignement de la thérapeute (*°hm°*, lignes 9-10) et des signes émergents d'une implication chez la thérapeute (diminution du volume de la voix, longue pause et détournement du regard), la superviseure développe le topic. Elle formule une extension syntaxique en continuité de la fin de son tour précédent, qui qui, lui, ne nécessitait pas d'être complété (*parce que c'est VIOLENT après une séance comme ÇA tu sors LESSIVÉE*, ligne 11). Le lexique est alors clairement orienté vers le registre de l'affectivité (*c'est VIOLENT ; tu sors LESSIVÉE*, ligne 11) et propose un lien entre la dimension émotionnelle dans les interactions en entretien de famille (*une séance comme ÇA*) et une posture affective de la thérapeute supposée (*tu sors LESSIVÉE*).

Au plan de l'affectivité en situation de supervision, le premier tour de parole de la superviseure révèle une bascule du style discursif peu emphatique (lignes 1-4) vers plus d'emphase (lignes 7-8) : augmentation du nombre de syllabes accentuées à neuf syllabes, intensification des éléments lexicaux du registre affectif (*TOMBER, VIOLENT, LESSIVÉE*), multiples répétitions (*de(.)de: de de de:*, ligne 7). La formulation en ligne 11 peut être considérée comme une interprétation, au sens où la superviseure thématise ce qui était implicite jusqu'à lors, c'est-à-

dire la violence en séance de thérapie et le vécu émotionnel de la thérapeute. Cette formulation interprétative, centrée sur la posture affective de la thérapeute, est une manifestation affiliative forte. En même temps, la superviseure déplace l'activité d'enseignement, du registre cognitif au le registre de l'affectivité, réorientant ainsi la trajectoire topicale de l'interaction. Les ressources interactionnelles mobilisées par la superviseure résident dans la conduite de la conversation, en initiant une transition topicale, et aussi dans la bascule vers un style discursif emphatique, en augmentant les indices d'implication dans la formulation de ses énoncés. La suite du premier extrait rend compte de l'implication active de la thérapeute dans la description de son vécu émotionnel (voir le chapitre 6.2.2). Les indices d'une implication sont multiples et permettent de confirmer l'idée que la production d'un discours impliqué de la superviseure oriente effectivement l'activité discursive de la thérapeute vers davantage d'emphase et plus d'implication dans l'activité de supervision sur sa posture dans la thérapie. La thérapeute réoriente ensuite la trajectoire topicale vers le fonctionnement de la famille, quittant le topic spécifique de sa posture thérapeutique et de son affectivité dans la situation clinique (hors transcription). Quelques minutes plus tard, le tandem initie une nouvelle étape :

TE4c_Extrait 2

```

12 T on NOTE ça sur ce qui est important on garde ça en tête MAIS pour l'instant
13 c'est pas une priorité↓(2.0)
14 S °hm hm°
15 T +je sais pas si c'était la bonne(1.0)réaction[>$mais c'est vrai que ce qui &
16 +hausse les épaules, lève les sourcils, regarde au plafond
17                               $hausse les sourcils, bouge
18 les mains rapidement, roule les yeux de gauche à droite----->
19 S                               [et COMMENT tu te s-
20 T & est DUR< c'est qu'il me met souvent en difficulté le père↓ alors je suis
21 aussi: vite MOI à commencer à:=
22 ----->$
23 S =*JUSTEMENT comment tu te SENS quand tu fais +ça↓(3.0)
24 *hoche la tête----->+
25 T                               +détourne le regard au loin-->

```

Le début de l'extrait rend compte d'un épuisement topical accompagné d'un énoncé conclusif de la thérapeute suivi d'une pause (lignes 12-13). La superviseure acquiesce mais sans prendre l'opportunité d'initier un nouveau topic (ligne 14). La thérapeute ouvre alors une nouvelle phase topicale. D'abord, elle utilise la précédente comme ressource pour initier la suivante en proposant une réflexion à propos de l'évaluation de ses interventions (*je sais pas si c'était la bonne réaction mais c'est vrai que ce qui est DUR*, ligne 15 et 21). Ce faisant, elle recycle ainsi le thème du vécu personnel dans les interactions avec le père du patient, initié auparavant par la superviseure à la fin de l'extrait précédent (*c'est VIOLENT [...] tu sors LESSIVÉE*, TE4c, ligne 11). Elle décrit plus en détails ce qui « est dur » dans son interaction avec lui (*il me met souvent difficulté le père ↓*, ligne 20) et ce que ces comportements génèrent chez elle (*alors je suis aussi : vite MOI à commencer à:*, lignes 20-21). La superviseure s'aligne à cette proposition topicale et le signifie par un chevauchement de tours. Elle semble initier la formulation d'une question centrée sur la thérapeute (*et COMMENT tu te s-*, ligne 19). Puis elle s'interrompt et laisse la thérapeute terminer son tour de parole. Elle confirme aussitôt, en exploitant le tour précédent, à l'aide d'une première partie de paire adjacente, de façon accentuée. Elle enchaîne rapidement et valide fortement son souhait que la thérapeute développe ce retour au topic du domaine de l'affectivité (*JUSTEMENT comment tu te SENS quand tu fais ça ↓*, ligne 23). Pour cela, elle mobilise des ressources multimodales : un marqueur discursif qui pointe ce qui est à

développer de manière accentuée, la mise en évidence du verbe *sentir* en le formulant de manière plus appuyée, le recours aux pronoms personnels « tu, te » pour orienter le développement centré sur la thérapeute et un hochement de la tête soulignant l'énoncé (ligne 24).

Du point de vue de l'affectivité, la thérapeute montre des signes d'implication dès lors qu'elle initie le topic autocentré. Elle manifeste des signes typiques d'un discours emphatique (variations rythmiques, mouvements corporels et mimiques du visage augmentées et accélérées, ponctuation du discours par des gestes de la main, augmentation du nombre de syllabes accentuées et augmentation du lexique liés au domaine de l'affectivité, lignes 16-22). La superviseure semble réagir à ces changements, puisqu'elle intervient en chevauchement compétitif (ligne 19) et rebondit pour obtenir plus ample information sur la posture affective de la thérapeute. La superviseure profite des indices d'implication de la thérapeute pour manifester elle-même des signes d'emphase. La thérapeute détourne le regard et paraît plongée dans ses pensées pendant la longue pause qui suit la question de la superviseure (ligne 25), puis elle répond en s'alignant au topic :

TE4c_Extrait 3

```

26 T ÇA VA c'est pas $le truc qui m'a fait #£sentir£ le plus mal↓ je pense↓
27 ----->+
28                $secoue la tête----->$
29                                #sourit ----->#
30 S et qu'est-ce qui t'a fait te sentir °le plus mal°↑
31 T +c'est:: euh::(1.0)>à la fin il a dit quelque chose d'assez disqualifiant
32 +relève la tête, détourne le regard main au menton ----->
33 vis-à-vis< de MOI::↑(3.0)
34 ----->+

```

La réponse de la thérapeute énonce une évaluation personnelle de la posture affective dans la situation clinique. L'usage du verbe « sentir » (ligne 26), en écho à la ligne 23, et le fait même de répondre à la question de la superviseure, indiquent une convergence topicale. Au plan de l'affectivité, les indices d'implication ont diminué par rapport à l'extrait précédent (discours peu emphatique), et la réponse de la thérapeute présente un certain contrôle de son implication. À côté des signes d'attachement au contenu du discours, la thérapeute manifeste des signes de détachement vis-à-vis de son sujet :

- Lexicalement, la thérapeute recourt à plusieurs stratégies pour réduire son attachement : elle utilise des formulations qui banalisent la dimension affective (*ÇA VA ; le truc*, ligne 26) et exposent l'évaluation d'un point de vue général plutôt que du cas particulier dans lequel elle est engagée ; elle termine son énoncé avec l'usage du verbe « penser » qui dévie légèrement le registre du discours, du registre affectif vers le registre cognitif ; l'usage d'une formulation négative au superlatif réduit également la gravité du ressenti évoqué dans l'échange (*c'est pas le truc qui m'a fait sentir le plus mal*, ligne 26).
- Vocalement, la thérapeute accentue les termes qui tendent à réduire l'aspect « dur » (ligne 20) évoqué plus haut et énonce en riant ce qui pourrait constituer la dimension lexicale la plus forte en termes d'affectivité (*£sentir£ le plus mal*, ligne 26 et 29).

À ce moment précis, la superviseure pose une deuxième question centrée sur la posture affective de la thérapeute (*et qu'est-ce qui t'a fait te sentir °le plus mal° ↑*, ligne 30). Elle recourt exactement à l'expression initiale de la thérapeute (*se sentir le plus mal*, lignes 26 et 30). Cette deuxième question semble formulée avec une sorte de prudence (la diminution du volume de

la voix en fin d'énoncé) qui indique une atténuation de l'emphase discursive, en concordance avec les indices de détachement de la thérapeute. Celle-ci initie sa réponse en évoquant des propos disqualifiants de la part du père en la plaçant dans le thème de la relation thérapeute-patient (*vis-à-vis de MOI*, ligne 33). Des signes d'hésitations, audibles par les allongements vocaliques (*c'est::; euh::*, ligne 31 ; *MOI::*, ligne 33), des pauses (lignes 31 et 33) et des comportements (relève la tête, détourne le regard main au menton, lignes 32-34) indiquent que la thérapeute se remémore la situation clinique. Les questions de la superviseure trouvent ensuite une réponse détaillée dans le tour de parole suivant :

TE4c_Extrait 4

```

35 T >il a dit< +OUI: comme de toute façon euh: on va ARRET- de toute façon
36      +mouvements de mains ----->
37 on va arrêter l'entretien:↑(1.0) de toute façon moi j'ai plus rien à
38 dire↑$>je lui disais mais< j-j-je sais plus de quoi on parlait de la voiture
39      $fronce les sourcils et secoue la tête----->$
40 ou d'autre chose↓(1.5)je sais plus↓(0.5)ou de $l'atelier↓ *de son nouvel&
41 ----->$      $regarde S et hoche la tête -->
42 S      *hoche la tête ---->
43 T &horaire au patient↓je demandais au père s'il était CONTENT: s'il
44 participait↑ etcetera↑ ce qu'il en pensait↓ $(2.0)
45 ----->$      $pince les lèvres, regarde au loin
46 S ----->*
47 T il m'a dit NON >pis de toute façon moi ça m'intéresse pas↓<-fin↓ >en gros ça
48 m'intéresse pas de parler de ça↑ moi je suis venu parler< du POIDS↑ du FOIE↑
49 mais $comme de toute façon vous me dites que vous êtes pas $CAPABLE↑*(2.0)
50      $hausse les sourcils      $sourit, incline
51 la tête en regardant S du coin de l'œil
52 S      *hoche la
53 tête----->
54 °hm°
55 T il me dit PAS↑(0.5)>c'est pas votre responsabilité ou c'est pas< votre RÔLE
56 [de vous occuper des points somatiques↑ il $dit je suis pas $CAPABLE↓=
57 ----->+
58      $lève les sourcils et la tête
59      $baisse la tête
60 et pince les lèvres
61 S [°hm°
62   =*hm
63   *hoche la tête

```

La longue réponse de la thérapeute représente un récit expérientiel de la situation clinique, tel que nous avons pu en analyser avec d'autres thérapeutes précédemment. Les ingrédients d'un récit d'expérience impliqué sont observables :

- Le recours au discours rapporté (direct et indirect) pour renseigner la superviseure à propos des évènements survenus dans les entretiens thérapeutiques et pour l'informer des postures prises par les interactants (*il a dit OUI ::*, ligne 35, *je demandais au père s'il était CONTENT:[...]*, ligne 43 ; *il m'a dit NON[...]*, ligne 47 ; *il me dit pas c'est pas votre responsabilité[...]*, ligne 55 ; *il dit je suis pas CAPABLE↓*, ligne 56)
- Les accentuations qui soulignent certains mots en lien avec les postures affectives du père du patient (*il a dit OUI:*, ligne 35 ; *s'il était CONTENT*, ligne 43 ; *il m'a dit NON:*, ligne 47, *vous êtes pas CAPABLE*, ligne 49 ; *il dit je suis pas CAPABLE*, ligne 56) ; les accentuations qui sont en plus grand nombre que dans les unités de références
- Des comportements multiples, comme les mimiques faciales (sourcils, bouche, yeux) ou mouvements de mains, de tête et du corps

La superviseure soutient le récit en intervenant très peu verbalement (*hm*, lignes 54, 61, 62) et de manière discrète (volume bas de la voix) et en produisant des comportements d'encouragement à la verbalisation impliquée de la thérapeute (hoche la tête, lignes 42-46, 52-53, 63).

Le travail analytique sur la séquence TE4c montre les réponses de la superviseure face au récit affectivement ambivalent de la thérapeute à propos de sa relation avec le patient évoquée comme violente (ligne 11) et éprouvante (*LESSIVÉE*, ligne 11) et dure (ligne 20) :

- Dans un premier temps, la superviseure thématise la relation thérapeutique et oriente l'interaction dans le registre affectif et émotionnel (*[...]donc ça te permet de(.)de: de de de:(1.0)observer ↑ mais SURTOUT de pas tomber chez TOI[...]parce que c'est VIOLENT après une séance comme ÇA ↑ tu sors LESSIVÉE*, lignes 7-8 et 11) ; elle implique la thérapeute par la formulation d'une interprétation, indice d'une action d'affiliation
- Dans un second temps, elle maintient l'orientation topicale et le développement d'un discours emphatique (*JUSTEMENT comment tu te SENS quand tu fais ça↓*, ligne 23) et elle soutient l'implication de la thérapeute (*et qu'est-ce qui t'a fait te sentir °le plus mal° ↑*, ligne 30) ; elle ajuste son discours du point de vue de l'emphase de ses énoncés et réduit les signes d'implication lors des manifestations d'une ambivalence affective chez la thérapeute ; cette adaptation témoigne d'un processus fin d'affiliation
- Dans un troisième temps, la superviseure permet le développement et la consolidation du récit impliqué centré sur la posture affective de la thérapeute (lignes 35-63).

L'analyse permet de rendre visibles les stratégies langagières de la superviseure pour que la thérapeute produise un discours sur la relation thérapeutique et sur ses émotions. Les formulations de la superviseure indiquent des ressources multimodales du registre de l'affectivité qui s'ajustent à la progression du style discursif de la thérapeute. La séquentialité des échanges rend compte du processus de négociation, pas à pas, dans la co-élaboration de la trajectoire de l'affectivité en interaction. Les actions langagières de la superviseure engagent la thérapeute à basculer dans un discours emphatique qui évoque et manifeste, dans la supervision, sa posture affective en jeu dans sa relation à la famille du patient.

La superviseure ouvre ensuite une séquence de douze minutes hors transcription. Différentes activités sont conduites par le tandem et alternent la problématisation du fonctionnement familial, l'enseignement théorique sur les similarités entre le fonctionnement de la famille dans leur quotidien et dans la thérapie, ainsi que l'activité d'enseignement technique sur les formulations thérapeutiques qui permettent de faire dialoguer la famille. Après une pause de quatre secondes, la superviseure reprend en formulant une question centrée sur le vécu de la thérapeute et sur ce qui génère chez elle des émotions fortes dans la dynamique de l'entretien clinique :

TE4f (48:44-55:22)

1 S qu'est-ce qui t'atteint↑ comment ils s'y prennent pour t'atteindre à ce
 2 point tu vois↑+(5.0)
 3 T +détourne le regard
 4 probablement que: y a quelque chose de: ça fait plusieurs fois je crois que
 5 je me suis dit↑(.)alors hier c'était particulièrement difficile mais j'ai eu:
 6 une journée: difficile où y a un patient qui m'a insultée: qui m'a hurlé
 7 dessus:-fin c'était DUR c'était un peu: c'était un peu violent(.)j'étais déjà
 8 mal à dix heure du mat-tu vois[et pis eux ils venaient à dix-sept heure donc&
 9 S [.hhhh
 10 T je pense que ouais c'était DUR(.)mais d'habitude je suis un peu moins:
 11 sous le coup des ÉMOTIONS je pense que ce qui me TOUCHE c'est que je: je me

12 mets beaucoup à la place de mes patients↓
13 S hm

L'énoncé de la superviseure réoriente l'échange sur la posture de la thérapeute en formulant deux questions qui thématisent l'affectivité de la thérapeute (*qu'est-ce qui t'atteint↑*; *t'atteindre à ce point*, ligne 1) et les processus interactionnels opérant dans les séances avec la famille (*comment est-ce qu'ils s'y prennent*, ligne 1). Durant les cinq secondes qui suivent l'intervention de la superviseure la thérapeute détourne le regard, ce qui indique une réflexion. La thérapeute énonce alors une longue explication sur la journée où la situation clinique analysée est survenue, en la généralisant avec d'autres situations similaires (*ça fait plusieurs fois je crois que je me suis dit↑(.)alors hier c'était particulièrement difficile*, lignes 4-5). Elle évoque l'évolution de son affectivité durant cette journée avec un patient qui a présenté des comportements agressifs à son égard (lignes 5-8). Elle termine son tour de parole par un énoncé conclusif qui présente une évaluation de la journée dont il est question (*je pense que ouais c'était DUR*, ligne 10), de son fonctionnement relationnel et affectif dans les thérapies (*mais d'habitude je suis un peu moins : sous le coup des émotions*, lignes 10-11) et de ce qui détermine sa posture avec les patients dont elle est référente (*je pense que ce qui me TOUCHE c'est que je: je me mets beaucoup à la place de mes patients↓*, lignes 11-12). Suite à sa question, la superviseure soutient le discours de la thérapeute par des continueurs vocaux qui ne l'interrompent pas (lignes 9 et 13).

Du point de vue de l'affectivité, la thérapeute présente des signes d'implication, manifestés par l'usage de termes du registre de l'affectivité dont certains sont accentués (*difficile*, lignes 5-6 ; *insultée, hurlé dessus*, lignes 6-7 ; *c'était violent, c'était DUR*, lignes 7 et 10 ; *j'étais déjà mal à dix heures*, ligne 8 ; *sous le coup des ÉMOTIONS, ce qui me TOUCHE*, ligne 11), par l'usage d'un lexique d'amplification des phénomènes affectifs et relationnels (*c'était particulièrement difficile*, ligne 5 ; *je me mets beaucoup à la place de mes patients*, ligne 11-12). Toutefois, l'implication est moins intense que dans les extraits précédents, particulièrement au niveau des mimiques du visage. Cette réduction globale du discours emphatique concorde avec la phase d'élaboration d'une signification de l'expérience relatée (Selting, 1994). Durant les cinq minutes suivantes, le tandem déploie une activité de problématisation de la posture relationnelle auprès des familles selon que le thérapeute se considère comme le thérapeute du patient ou le thérapeute du système familial auquel appartient le patient. La superviseure déploie ensuite des actions d'enseignement technique dans les approches thérapeutiques systémiques auprès des familles. Une séquence conclusive est alors initiée par la thérapeute concernant le travail sur sa posture thérapeutique :

88 T je pense que ça va me demander un certain:
89 S oui=
90 T =un certain travail quand même hein↑
91 S °ouais°(4.0)
92 T ouais je pense que je me fais pas assez confiance [avec eux aussi↓je me sens&
93 S [ouais ouais
94 T &vite euh: attaquée↓
95 S oui c'est ça: mais(.)mais tu sais que ça c'est le: le(.)tout le processus
96 d'une formation↑ c'est de pouvoir sortir déjà d'une position où un à un on a
97 de la PEINE(.)il faut du TEMPS pour être bien bien au CLAIR de ce qu'on fait
98 avec nos patients↑ des objectifs↑ de comment on gère quand ils se mettent en
99 colère et tout↑et pis en PLUS quand t'as encore d'autres personnes↑c'est un
100 processus de formation↑ dire comment on navigue entre l'individu le système
101 comment on leur renvoie: c'est ce que t'es en train de faire
102 T hm hm↓c'est ça↓c'est exactement ça↓
103 S ouais

Soutenue et validée par la superviseure (lignes, 89, 91, 93), la thérapeute énonce une évaluation conclusive des apprentissages à mener encore (*je pense que ça va me demander un certain travail quand même*, ligne 88-90). Malgré les premiers signes d'un épuisement topical (brièveté des tours de parole, diminution du volume de la voix, longue pause, ligne 91), la thérapeute énonce alors une évaluation de son fonctionnement affectif dans la relation particulière avec cette famille en thérapie (*ouais je pense que je me fais pas assez confiance avec eux aussi ↓ je me sens vite euh attaquée ↓*, lignes 92-94). La superviseure encourage aussitôt (*ouais ouais*, ligne 93) et ratifie cette évaluation (*oui c'est ça;*, ligne 95). Elle enchaîne ensuite avec un long tour de parole qui explicite le difficile processus d'apprentissage (*c'est de pouvoir sortir déjà d'une position où on a de la PEINE*, ligne 96-97), le développement formatif nécessaire pour endosser une posture thérapeutique (*tout le processus d'une formation c'est*, ligne 96 ; *c'est un processus de formation*, ligne 100 ; *il faut du TEMPS pour être bien au CLAIR*, ligne 97), l'acquisition d'une posture thérapeutique affirmée (*être bien au CLAIR de ce qu'on fait avec nos patients ↑ des objectifs ↑ de comment on gère quand ils se mettent en colère et tout ↑*, lignes 97-99), ainsi que les apprentissages techniques et pratiques (*comment on navigue entre l'individu le système comment on leur renvoie;*, lignes 100-101). Elle termine son tour de parole avec une assertion qui ponctue la situation spécifique de la thérapeute (*c'est ce que t'es en train de faire*, ligne 101) et qui valide en quelque sorte le processus d'apprentissage en cours. Cette validation constitue une reconnaissance de la posture du novice en formation. La thérapeute s'aligne fortement et valide la conclusion de la superviseur (*hm hm ↓ c'est ça ↓ c'est exactement ça ↓*, ligne 102). Du point de vue de l'affectivité des interactants, les signes d'implications se sont estompés et les énoncés ne présentent plus d'emphase. Les indices lexicaux, verbaux et gestuels ont retrouvé la ligne de base du tandem.

Ces deux derniers extraits de l'ensemble de la séquence TE4 montrent le déplacement de la thérapeute concernant l'explicitation de sa posture affective et professionnelle et aussi les enjeux relationnels qui traversent le travail avec la famille de son patient. D'une situation particulière présentée initialement de manière détachée, elle parvient à énoncer les émotions vécues dans la situation clinique comme topic distinct dans la séquence de supervision. Après les actions affiliatives de la superviseure, la thérapeute développe un discours impliqué qui dévoile progressivement son fonctionnement dans ses interactions avec la famille. Pas à pas, le tandem construit un environnement interactionnel témoignant d'une affiliation conjointe sur la posture affective de la thérapeute et sur la posture apprenante. La superviseure se positionne dans un soutien de l'autoréflexion, et après une longue séquence d'enseignement (hors transcription), elle synthétise et recycle tous les éléments significatifs de la séquence de travail sur la relation thérapeutique (TE4c et TE4f).

Impliquer par la reconnaissance

Nous présentons une seconde séquence de la collection qui rend compte des actions de supervision suite à un discours détaché d'une thérapeute, au moment précis où elle aborde des enjeux relationnels dans la thérapie. Dans la séquence ci-dessous, le tandem oriente les interactions dans le registre théorique et technique de la relation thérapeutique. Nous montrons comment la superviseure reconnaît, dans un premier temps, la posture de la thérapeute, pour ensuite orienter la supervision sur un travail réflexif, sans forcément thématiser en supervision la dimension affective. La séquence se situe en début de supervision. Les premières minutes sont consacrées à des échanges typiques d'ouverture de séance durant lesquels les interactants prennent des nouvelles réciproquement de la vie privée de chacune.

La thérapeute évoque d'autres activités professionnelles et scientifiques qui l'ont empêchée de dormir la nuit précédente. Nous présentons la séquence en quatre extraits qui rendent compte de l'organisation topicale de l'interaction : dans le premier extrait, la thérapeute introduit le thème général du dévoilement de soi et les questions qu'elle se pose dans la relation thérapeutique spécifique en question ; dans le deuxième extrait, la thérapeute expose une réflexion personnelle sur sa posture thérapeutique de manière affectivement impliquée ; dans le troisième extrait, le tandem approfondit le thème d'un point de vue théorique et technique; dans le quatrième extrait, enfin, le tandem élabore une signification partagée du dévoilement de soi et de son usage en thérapie. Juste avant le début de la transcription, la thérapeute se remémore le dernier rendez-vous avec son patient et les événements survenus depuis. L'extrait débute avec des pensées rapportées du jour à propos de l'entretien thérapeutique qui aura lieu dans les heures suivant la supervision :

TB2a_extrait 1 (02:55 – 07:32)

```

1  T  on s'est vu une fois↑ il est venu euh: pas la semaine passée mais la
2  semaine d'avant↑ et puis je me disais avant en en pensant à notre rendez
3  vous qu'on aura tout à l'heure↑ euh: +je me disais bin finalement↑(.) cette
4                                     +mouline avec les mains
5  fois-ci↑(.)c'est(.)c'est moi qui suis: euh: >+comment dire<(2.0)
6                                     +détourne le regard
7  c- c- fin cette fois ci↑ c'est MOI +qui ai pas dormi: en faisant les trucs à
8                                     +gestes des mains en souriant----->
9  la dernière fminute↑ et qui ai procrastiné en faisant pas ce que j'étais
10 censée ffaire c'est-à-dire appeler sa MAMANf et je me disais↑ et je me
11 demandais si j'allais le lui dire↑[comme euh +VOILÀ et que::
12 ----->+ +hoche la tête ----->
13 S                                     [*que des fois ça arrive AUSSI à tout le&
14                                     *hoche la tête ----->
15 &MONDE et que:: [ouais↓
16 T                                     [mais qu'on ass- fin on assume quand même [AUSSI etcetera↑
17 ----->+
18 S                                     [ouais↓ ouais↓
19 ----->*
20 T une espèce comme ça de: de >mise en abyme<↑(.)à part +ça↑ donc euh: je l'ai
21                                     +hausse l'épaule
22 vu:la semaine↑ y a deux semaines↑ [en fait↑

```

La thérapeute se remémore le moment du dernier entretien et cherche à préciser sa pensée en vue de l'entretien à venir (lignes 1-6). Elle évoque son oubli de contacter la mère du patient, comme il avait été convenu lors du dernier entretien clinique (lignes 9-10). Elle détaille ce fait en l'intégrant au thème plus large de la procrastination, qui semble constituer un sujet de la thérapie (*cette fois-ci c'est MOI ai pas dormi en faisant les trucs à la dernière minute et qui ai procrastiné en faisant pas ce que j'étais sensée faire*, lignes 7-10). Elle recourt à la pensée rapportée pour évoquer une question de posture dans la relation au patient, celle de dévoiler des informations personnelles à son patient (*cette fois ci ↑ c'est MOI qui ai pas dormi [...] et je me demandais si j'allais le lui dire*, ligne 7 et 11). En chevauchement de tour, la superviseuse poursuit l'énoncé de la thérapeute, signifiant sa compréhension de l'enjeu relationnel dans la situation décrite (*que des fois ça arrive AUSSI à tout le MONDE*, lignes 13-15). Cette extension syntaxique indique une convergence topicale du tandem et un accord sur la posture de la thérapeute de confier au patient une difficulté personnelle s'apparentant à la sienne. La thérapeute reprend également son tour par chevauchement compétitif en poursuivant l'argumentation de la pertinence de la posture (*mais qu'on ass-fin on assume quand même AUSSI etcetera*, ligne 16). Elle conclut par un énoncé synthétique évaluatif (*une espèce comme*

ça de : de mise en abyme, ligne 20) et une information qui recycle le début de l'extrait sur le dernier rendez-vous avec le patient (à part ça ↑ euh: je l'ai vu: la semaine ↑ y a deux semaines en fait, lignes 20-22).

Cet extrait offre la ligne de référence pour l'analyse de l'implication des interactants dans la gestion de l'affectivité. La thérapeute présente peu d'indices multimodaux malgré quelques mots accentués et une gestuelle présente mais sans emphase ni couplage d'indices vocaux ou lexicaux du registre de l'affectivité. Toutefois, il est intéressant de relever le processus d'affiliation conjointe, visible par les phénomènes de prolongement des tours de parole en chevauchement et par la convergence des indices multimodaux d'un accord sur la posture présentée par la thérapeute (hochements de tête, lignes 12-19) et marqueurs discursifs d'acquiescement (*ouais* ↓ *ouais* ↓, ligne 18). L'intervention principale de la superviseure est formulée comme un énoncé de reconnaissance (ligne 13-15). La superviseure montre qu'elle comprend le contenu informatif du discours de la thérapeute. Par cette formulation en extension syntaxique, elle adopte la perspective de la thérapeute comme si elle en connaissait les détails particuliers. L'intervention de la superviseure au cœur de cet extrait constitue un premier pivot de la gestion de l'affectivité dans cette séquence de supervision.

Dans la suite de la séquence, la thérapeute développe une réflexion personnelle sur sa posture après un énoncé de la superviseure qui thématise explicitement l'enjeu relationnel du dévoilement personnel en thérapie :

TB2a_extrait 2

```

23 S [mise en humanité↓
24 T +OUI:=
25 +hausse l'épaule
26 S =*humaniser [juste un peu:
27 *sourit
28 T [ce que(.)en fait ce que j'ai presque↑ PEUR de faire TROP *en &
29 S *hoche
30 la tête----->
31 T &fait parce que j'ai plutôt tendance à: être TRÈS NATURELLE je dirais
32 avec euh: LUI mais avec tous mes patients [AUSSI hein↑(1.0)alors j'pense que&
33 S [°ouais° °ouais°
34 ----->*
35 T &je le FAIS dans:(0.5)je pense que je SENS *comment je peux le faire ou PAS &
36 S *hoche la tête----->
37 T & et puis avec LUI je le fais particulièrement parce qu'on se connaît depuis
38 quatre ans et puis que: [je je sais que(.)son respect pour MOI etcetera va &
39 S [°ouais°
40 ----->*
41 T &pas:: [fin que j'ai un peu de de marge hi hi [hi hi(0.5)
42 S [*ouais [ouais
43 *hoche la tête----->
44 T donc que je peux aussi être plus: NATURELLE
45 S ----->*

```

L'énoncé de la superviseure propose un cadrage théorique et pratique (*mise en humanité*, ligne 23) qui est repris et confirmé deux tours plus bas (*humaniser juste un peu*, ligne 26). Ce cadrage est centré sur la relation thérapeutique au plan théorique, avec recours au concept d'humanité (lignes 23 et 26) pour qualifier la posture égalitaire introduite dans le premier extrait (*cette fois c'est MOI qui ai pas dormi*, ligne 7 ; *ça arrive AUSSI à tout le monde*, lignes 13 et 15). Le cadrage est également centré sur l'intervention thérapeutique par sa formulation en termes d'action (*mise en humanité*, ligne 23 ; *humaniser*, ligne 26). La thérapeute formule une réponse qui à la fois s'aligne, par l'accord formulé avec emphase (*OUI*, ligne 24), et réduit également son effet

de convergence par le haussement d'épaule qui l'accompagne (ligne 25). Il s'en suit un long tour de parole de la thérapeute qui décrit sa posture en lien avec le cadrage proposé (*j'ai plutôt tendance à être TRÈS NATURELLE je dirais*, ligne 31), ses doutes (*ce que j'ai presque PEUR de faire TROP*, ligne 28), ses réflexions (*je pense que je le FAIS dans:(0.5) je pense que je SENS comment je peux faire ou PAS*, lignes 32 et 35), ses stratégies de gestion du dévoilement personnel dans la relation au patient (*avec LUI je le fais particulièrement*, ligne 37 ; *son respect pour MOI*, ligne 38 ; *j'ai un peu de marge*, ligne 41).

Au cours de cet extrait, la dimension affective se donne à voir dans les indices d'implication de la thérapeute et dans les signes d'affiliation de la superviseure. Plusieurs éléments dans le tour de parole de la thérapeute indiquent une bascule dans un style de discours emphatique :

- Du point de vue lexical, la thérapeute recourt à des termes du registre des émotions (*j'ai PEUR de faire TROP*, ligne 28), des sensations (*je SENS*, ligne 35) et de la relation patient-thérapeute (*avec euh : LUI mais avec tous mes patients AUSSI*, ligne 32 ; *et puis avec LUI*, ligne 37 ; *son respect pour MOI*, ligne 38) ; ce lexique est non seulement présent dans le discours mais il est prononcé avec intensité
- Du point de vue vocal et prosodique, le nombre de syllabes accentuées est nettement augmenté comparé aux tours de parole précédents (15 syllabes) ; le rire (ligne 41) est franc et distinct, alors que dans l'extrait précédent, le discours de la thérapeute ne présentait que des particules de rires dans la voix (ligne 9 et 11) ; ce rire survient à la fin d'une longue description de la posture thérapeutique, et elle comprend quelques hésitations (pauses et élongations vocaliques), ce qui pourrait témoigner d'une certaine gêne.
- Malgré des indices d'implication, une forme de prudence est rendue visible par les termes d'approximation (*presque*, ligne 28, *plutôt*, ligne 21), l'usage du conditionnel (*je dirais*, ligne 31) et les rires gênés (ligne 41).

Du point de vue du processus d'affiliation, cet extrait montre que dès les premiers signes d'implication de la part de la thérapeute, la superviseure produit les manifestations d'une approbation comportementale de la posture décrite par la thérapeute : elle hoche la tête quasiment en continu (lignes 29-34 ; 36-40 ; 43-45) et produit régulièrement, en chevauchement de paroles, des validations verbales (*ouais*, lignes 33, 39, 42).

La thérapeute termine la description de sa posture dans la pratique du dévoilement de soi par un énoncé conclusif (*donc que je peux aussi être plus: NATURELLE*, ligne 44) en écho à l'évocation initiale de ce qu'elle appelle sa « tendance à être très naturelle » (ligne 31).

Les deux premiers extraits constituent la phase d'accumulation du récit d'expérience et indiquent que la superviseure traite la description de la situation clinique comme un récit qui nécessite une réponse comportementale d'affiliation, malgré le style discursif initial dés-impliqué de la thérapeute. Dans le troisième extrait, le tandem approfondit le thème du point de vue théorique et technique :

TB2a_Extrait 3

46 S et pourquoi il faudrait pas↑
 47 T +NON je sais [PAS c'est UNE des QUESTIONS de de *FOND que je me POSE[hein↑
 48 +hausse les épaules et secoue la tête
 49 S [°ouais°↓ [°ouais°↓
 50 *hoche la tête
 51 T &parce que: EFFECTIVEMENT moi je PENSE que le: le professionnalisme la
 52 *confiance qu'on inspire euh à nos patients↑(.)elle passe par les ACTES et&
 53 S *hoche la tête ----->*

54 T & puis par la *RELATION qu'on A(.)pis pas↑*par des choses si voilà si
 55 S *hoche la tête *hoche la tête
 56 T & j'arrive en disant qu'j'ai pas dormi que les enfants m'ont *réveillée &
 57 S *hoche la tête
 58 T & trois fois la nuit↑ c'est pas ça qui va:=

La superviseure ouvre une phase de développement réflexif avec une question qui thématise la prudence de la thérapeute dans l'explicitation de sa posture concernant le dévoilement de soi (*et pourquoi il faudrait pas ↑*, ligne 46). Cette question de la superviseure invite la thérapeute à continuer de développer les raisons d'être naturelle dans la relation au patient. Cette forme de question a été étudiée dans différents contextes de pratiques institutionnelles (Kim & Silver, 2016; Maynard, 1991). Elle est utilisée pour susciter chez l'interlocuteur un point de vue, qui sera utilisé ensuite comme matériel sur lequel construire la prochaine intervention. Dans les études mentionnées, ce type de formulation précède des commentaires ou des évaluations négatives et en constitue une sorte de préface. Elles servent également à obtenir un positionnement de la part de l'interlocuteur sur un sujet délicat et à faciliter une affiliation consécutive à l'annonce d'une mauvaise nouvelle ou d'un diagnostic médical. Plutôt que de répondre à la question de la superviseure, la thérapeute se justifie et formule un tour de parole très impliqué, ce qui rend manifeste la dimension confrontante, ou délicate, de la question de la superviseure (*NON je sais PAS c'est UNE des QUESTIONS de de FOND que je me POSE*, ligne 47) : sept syllabes sont accentuées et des mouvements accompagnent le discours (hausse les épaules et secoue la tête, ligne 48). Encouragée par des continueurs (*ouais*, ligne 49) prononcés à voix basse en chevauchement non compétitif, la thérapeute développe alors sa réflexion (*parce que: EFFECTIVEMENT moi je PENSE que*, ligne 51) et la justification de sa posture thérapeutique dans la pratique du dévoilement de soi.

La superviseure ouvre ensuite une phase d'élaboration conjointe d'une posture partagée à propos de la pratique du dévoilement de soi thérapeutique. Elle formule d'abord un énoncé récapitulatif des éléments pertinents élaborés par la thérapeute jusqu'à ce point de l'échange. Cette récapitulation peut être envisagée comme l'action consécutive et « prévue » suite à la question en ligne 46 :

TB2a_extrait 4

59 S =*D'ACCORD↓ donc y a des contenus en effet qui concernent PAS le patient mais
 60 *hoche la tête et fait des gestes des mains ----->
 61 qui lui sont pas aidant↑
 62 ----->*

63 T +hm hm↑
 64 +hoche la tête

65 S mais comme il y a aussi des choses qui sont qui sont aidantes parce que↑ heu
 66 on on HUMANISE [quelque chose et on on fait un JOINING avec la personne en &
 67 T [ouais↓

68 S &disant↑en effet des fois on peut être débordé: fatigué: pas
 69 dormir pour différentes raisons sans entrer dans le contenu↑ et dans euh:
 70 T +hm hm↓ non effectivement↓ +NON moi ça m'a JAMAIS(2.0)euh parce que selon les
 71 + hoche la tête +hausse l'épaule
 72 +situations j'ai pu être euh euhm: dévoiler plus ou MOINS de: de petites
 73 +gestes de la main ----->
 74 CHOSES comme ça↑ on*saupoudre des fois des petites choses de notre VIE parce
 75 S * hoche la tête----->

76 T que ça paraît[pertinent↑ parce que ça permet de donner un exemple qui est&
 77 S [ouais
 78 T &HUMAIN parce que ça [permet: de de montrer un ex- VOILÀ c'est ÇA
 79 S [c'est ÇA↓ ça permet de faire quelque chose en
 80 \$circulation avec L'AUTRE ouais↓

81 §va et vient avec la main
82 ----->*
83 T et puis ça m'a jamais [DÉSSERVIE j'veux dire↓ euh OUI j'ai certains patients
84 S [°*ouais↑
85 *hoche la tête ----->>>
86 que j'ai beaucoup suivis qui connaissent un peu une partie de ma VIE disons
87 mais (.)bin voilà↑

La superviseure énonce, en enchainement rapide, une évaluation positive du raisonnement de la thérapeute (*DACCORD* ↓, ligne 59), comme si le tour de parole de la thérapeute constituait la réponse attendue. Elle récapitule ensuite ce qu'elle considère comme pertinent dans le développement de la thérapeute (*donc y a des contenus en effet qui concernent pas le patient*, ligne 59). Puis, elle accentue l'élément-clé (*on HUMANISE*, ligne 66) qui recycle le cadrage théorique et technique introduits précédemment aux lignes 23 et 26. Elle précise la dimension technique (*on fait un JOINING avec la personne*, ligne 66) qu'elle détaille ensuite concrètement avec les exemples spécifiques de la situation clinique exposée par la thérapeute dans le premier extrait (*en disant ten effet des fois on peut être débordé: fatigué: pas dormir pour différentes raisons sans entrer dans le contenu*, ligne 68-69). La thérapeute reprend ensuite son tour de parole et produit le début d'une réponse à la question initiale de la superviseure (ligne 46) ; elle ne termine la formulation de sa réponse qu'en fin d'extrait (*hm hm* ↓ *non effectivement* ↓ *NON moi ça m'a JAMAIS*, ligne 70 ; [...] *ça m'a jamais DESSERVIE*, ligne 83). Après l'explicitation de sa posture telle qu'elle l'a mise en œuvre dans les différentes situations cliniques (lignes 70-74), la thérapeute énonce les raisons de ses dévoilements (la pertinence et l'humanisation de la relation thérapeutique, lignes 76, 78). La superviseure se positionne comme experte théorique et technique en début d'extrait par des actes d'enseignement (lignes 59-69) et par un énoncé conclusif qui évalue favorablement la description que fait la thérapeute de sa posture thérapeutique mise en œuvre auprès de ses patients (*c'est ÇA* ↓ *ça permet de faire quelque chose en circulation avec L'AUTRE ouais* ↓, lignes 79-80). Cet énoncé complète également les éléments centraux de l'enseignement de la superviseure, à savoir que le dévoilement de soi permet, d'une part, d'humaniser la relation thérapeute-patient et d'établir une alliance thérapeutique, d'autre part. L'analyse topicale de ce dernier extrait rend compte d'une séquence de clôture dans laquelle le tandem élabore une posture commune dans la pratique du dévoilement de soi ; cette co-construction répond à la question empirique de la thérapeute (*je me demandais si j'allais le lui dire*, lignes 10-11) et à la question théorique de la superviseure (*et pourquoi il faudrait pas* ↑, ligne 46). Dans cette séquence de clôture, l'implication de la thérapeute est revenue à une manifestation basse, similaire au premier extrait, et les indices d'affiliation conjointe sont présents dans les nombreuses marques d'alignement et d'approbation au discours co-élaboré : hochements de tête des deux interactants, les marqueurs d'accords verbaux et vocaux (*ouais, hm hm*), et les extensions syntaxiques.

Cette séquence analysée du point de vue topical et de la gestion de l'affectivité est intéressante à plusieurs égards. Tout d'abord, nous relevons que malgré un récit clinique initial détaché de la thérapeute, la superviseure indique d'emblée son approbation de la posture relationnelle prise par la thérapeute. Elle marque une forte reconnaissance de l'expérience vécue comme pertinente et valable dans sa première intervention (lignes 13-15). Cette démonstration affiliative sur un discours détaché agit sur l'implication de la thérapeute, qui produit ensuite un récit comportant un attachement important à ce dont elle parle. Cette phase, dite d'accumulation, comprend les manifestations typiques des processus d'affiliation dans les pratiques langagières du registre affectif. Ensuite, les interventions de cadrage théorique et

technique ont initié une activité autoréflexive de la thérapeute. La formulation interrogative employée par la superviseure (ligne 46) a suscité la participation de la thérapeute dans la co-construction d'une posture thérapeutique partagée concernant le dévoilement de soi. Bien que la question de la superviseure comporte une connotation défiante, elle est centrée sur la préoccupation de la thérapeute d'« en faire trop » et suscite sa réflexion. Cependant, poser des questions dans un cadre institutionnel comporte des enjeux différents selon l'objectif de l'interaction (Tracy & Robles, 2009). Dans le cadre particulier de la supervision, le but concerne le développement des connaissances et des compétences du thérapeute. Poser des questions au thérapeute ne semble donc pas seulement participer à l'activité de renseignement propre à l'analyse de pratique, mais aussi à l'activité d'enseigner. Dans la lignée des études sur les phénomènes affectifs dans les entretiens thérapeutiques (Voutilainen, Peräkylä, & Ruusuvuori, 2010a; Voutilainen, Rossano, & Peräkylä, 2018; Weiste & Peräkylä, 2013), questionner peut s'avérer une stratégie pour enseigner une façon de réfléchir ou pour confronter la posture du thérapeute. Ainsi, le vécu émotionnel du thérapeute constitue un matériel de travail pour enseigner et élaborer conjointement une signification aux enjeux de la relation thérapeute-patient. A l'instar de la psychothérapie, les questions dans la supervision ne visent pas la seule récolte d'informations ; elles sont des actes formateurs en soi (un acte thérapeutique pour ce qui est de la psychothérapie). Dans le contexte de la supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie, la dimension affective occupe une part importante dans les interactions et, à ce titre, oriente et structure les échanges. Nous analyserons ultérieurement les actions de cadrage théorique et technique du superviseur sans traitement du registre affectif dans la situation clinique présentée (6.3.2.3). Finalement, le tandem déploie des ressources variées pour élaborer une posture conjointe du dévoilement de soi dans la relation thérapeutique. Cette thématique est très controversée dans les milieux professionnels et scientifiques (Barrett & Berman, 2001; Beach et al., 2004; Derlaga & Berg, 2013; Dulit et al., 2001; Unhjem, Vatne, & Hem, 2018). Les écrits préconisent à la fois une prudence dans le dévoilement d'informations personnelles du thérapeute au patient, et à la fois un encouragement au partage d'expériences personnelles qui soutiendraient l'efficacité des thérapies. La pratique du dévoilement de soi trouve ainsi un espace d'élaboration théorique et technique dans la supervision. La prudence de la thérapeute manifestée dans les deux premiers extraits est traitée par une démonstration affiliative précoce de la superviseure ; elle permet un développement consécutif autoréflexif de la thérapeute qui n'aurait peut-être pas émergé sans cette reconnaissance initiale d'une posture valable et légitime.

Les deux situations analysées comportent des similarités intéressantes du point de vue des trajectoires topicales et affectives des tandems. En premier lieu, l'élaboration du topic est collectivement menée et renforcée par les interventions des superviseures, en thématissant la relation thérapeutique et les émotions des thérapeutes comme topics centraux de la séquence. En second lieu, les superviseures produisent d'emblée des comportements affiliatifs, quelque détaché que soit le récit initial du thérapeute. Ces réponses affiliatives génèrent de l'affectivité dans les productions langagières consécutives des thérapeutes ; en ce sens, les actions de supervision sont des ressources qui non seulement impliquent les thérapeutes dans les discours à propos de leurs relations thérapeutiques, et génèrent ensuite un travail réflexif conjoint, et autoréflexif chez les thérapeutes, à propos de la posture thérapeutique avec les patients et leur famille.

6.3.2.2. Confronter le thérapeute par la désaffiliation

Dans certaines séquences de notre collection, le thérapeute énonce sa posture thérapeutique, la formulant de façon détachée et centrée sur des concepts ou des théories. Contrairement aux situations dont l'analyse précédente est emblématique de la collection, le superviseur se désaffilie et endosse parfois une autre posture que celle énoncée par le thérapeute dans son récit d'expérience. Elles comportent des phénomènes intéressants en termes de trajectoire interactionnelle car les actions du superviseur semblent conduire à un déplacement de posture chez le thérapeute. Nous présentons donc l'une de ces séquences afin de rendre compte des pratiques réelles de la supervision.

Le thérapeute expose une situation clinique où il se sent inconfortable : la patiente qu'il suit à l'hôpital de jour ne souhaite pas entamer une psychothérapie dans l'institution et se donner plutôt les conditions de trouver et investir un psychothérapeute en cabinet privé. Le superviseur investigate les prestations thérapeutiques dont bénéficie la patiente et son histoire de vie. Durant les vingt premières minutes, la supervision est orientée vers des activités de renseignement et de problématisation. L'analyse de l'implication des interactants indique que le tandem produit peu de gestes, de mimiques du visage, de variations vocales et prosodiques. Ces premières minutes constituent la ligne de base pour l'analyse de la suite de la séance. Après une revue des différentes hospitalisations, des périodes de rémission et d'évolution lente et fluctuante de la patiente, le superviseur propose des informations théoriques sur le caractère non linéaire des trajectoires psychiatriques des patients. Juste avant l'extrait, le superviseur termine son enseignement clinique et le thérapeute, quant à lui, participe à l'activité en hochant la tête régulièrement, visage et regard tournés vers le superviseur. Nous présentons cette analyse en quatre séquences selon la trajectoire topicale des interactions : dans le premier extrait, le thérapeute expose sa posture thérapeutique ainsi que le questionnement qu'elle suscite en lui ; dans les deuxième et troisième extraits, le superviseur confronte le thérapeute par le désalignement et la désaffiliation ; le quatrième extrait révèle l'émergence d'une nouvelle dimension dans la posture du thérapeute. L'extrait débute avec un énoncé conclusif du superviseur qui évalue l'état actuel de la patiente.

TD6_extrait 1 (21:11-31:10)

1 S donc je pense que c'est: VOILÀ↑(0.5)je serais plutôt assez RASSURÉ=
2 T = >oui non mais c'est marrant<(.)XXXXX la question que je me p- >la question
3 avec laquelle je viens↑ c'est pas tellement d'être rassuré↑< c'est(.)si tu
4 veux↑ >moi je peux pas m'empêcher de faire des hypothèses< =
5 S =hm hm↓
6 T et↑ je peux pas m'empêcher↑ et c'est peut-être quelque chose auquel il faut
7 que je travaille PLUS à l'hôpital de jour↑ c'est que(.)tu vois↑ typiquement↑
8 je fais l'hypothèse de *parentification XX j- j chez ELLE très forte↑
9 S *hoche la tête----- >
10 hm
11 ->*<
12 T et euhm: fin↓ très forte↓ hm↓ d'où c- et j'ai pas d'éléments pour la: tu
13 vois *je vais pas forcément chercher d'éléments↑ mais je choisis de faire &
14 S *hoche légèrement la tête
15 T &cette hypothèse là↓=
16 S =hm↓=
17 T =du coup↑(.)quand j'ai tout à coup quelque chose qui nourrit ça↑
18 S hm=
19 T =j'y VAIS↑
20 S hm hm
21 T je me dis est-ce que je lui RENDS service en faisant ça↓ parce qu'en même

22 temps↑ du coup↑ je je fais quelque chose qui est:(0.5) qui est de l'ordre du
 23 thérapeutique alors qu'on n'a jamais défini une: une séance comme ÇA↓

Après l'énoncé évaluatif et conclusif du superviseur, le thérapeute se désaligne de la proposition du superviseur de le rassurer, par le biais de plusieurs ressources langagières : avec un marqueur d'opposition et en début de tour (*oui non mais*, ligne 2), une formulation méta-discursive (*la question que je me p- la question avec laquelle je viens ↑*, lignes 2-3) avec l'autoréparation qu'elle comporte (*je me p-*) et le début de recadrage thématique qui s'en suit (*c'est pas tellement d'être rassuré ↑*, ligne 3). La formulation complète de la nouvelle thématique telle que le thérapeute la propose au superviseur survient plusieurs tours plus bas (*je me dis est-ce que je lui RENDS service en faisant ça ↓*, ligne 21) ; l'anaphore « ça » reprend le fait d'élaborer des hypothèses sans co-élaboration de la patiente (*moi je peux pas m'empêcher de faire des hypothèses*, ligne 4 ; *je peux pas m'empêcher ↑*, ligne 6 ; *je fais l'hypothèse de parentification XX j- j chez ELLE très forte ↑*, ligne 8). Il étaye ce questionnement en recyclant une information évoquée lors de la présentation de la situation clinique (hors transcription), celle de mobiliser des interventions thérapeutiques alors que le projet négocié avec la patiente est justement de ne pas débiter de psychothérapie avec lui (*je fais quelque chose qui est [...] de l'ordre du thérapeutique alors qu'on n'a jamais défini une : une séance comme ÇA ↓*, lignes 22-23). Le superviseur, quant à lui, soutient le récit par des continueurs vocaux qui n'interrompent pas le discours du thérapeute (*hm hm*, lignes 5, 10, 16, 18, 20) et des hochements de tête (lignes 9-11).

Du point de vue de l'implication des interactants, aucun signe ne vient changer la ligne de référence observée, les indices verbaux, vocaux et gestuels typiques n'étant pas modifiés dans cette première partie de la séquence. La dynamique change dès la reprise de tour du superviseur :

TD6_extrait 2

```

24 S mais en même temps les patients: +s'ils veulent prendre ils prennent↑=
25 T                                     +hausse les épaules, fait un geste de la main
26     +=ha ha ha [ha ha
27     +ferme les yeux, détourne le regard, hoche la tête en souriant ----->
28 S     [*ɛpis s'ilsɛ veulent pas prendre ils prennent *PAS(1.0)
29     *sourit ----->* *lève les sourcils
30 T ----->+
31 S [tu vois↑
32 T [ɛmerci de me le rappelerɛ=
33     ɛhausse les épaules, geste de la main, lève les sourcils

```

Le superviseur initie un virage topical en suggérant que les patients restent autonomes dans leur décision d'adhésion, ou non, aux propositions des thérapeutes (*mais en même temps les patients : s'ils veulent prendre ils prennent ↑ pis s'ils veulent pas prendre ils prennent PAS*, lignes 24 et 28). Cette transition topicale consiste en un recadrage qui oriente le focus non plus sur les actions du thérapeute et son analyse de leur pertinence mais sur la posture des patients. Le début du tour ne présente aucun indice d'implication de la part du superviseur, mais plusieurs sont observables chez le thérapeute (hausse les épaules, fait des gestes de la main, ligne 25 ; ferme les yeux, détourne le regard, hoche la tête en souriant, ligne 27). Le superviseur prolonge son énoncé en produisant lui aussi des signes d'implication (sourit et lève les sourcils, lignes 25-29). Ce tour de parole comprend donc, non seulement une transition topicale, mais encore une bascule d'un changement du style discursif, d'une faible vers une haute teneur emphatique. Le thérapeute réagit aussitôt en riant et en hochant la tête (lignes 26-27), signes

d'alignement. Toutefois, il prend son tour en chevauchement compétitif pour énoncer ce qui peut être l'indice qu'il a saisi l'intervention du superviseur comme une intervention confrontante (*£merci de me le rappeler£*, ligne 32) :

- L'énoncé est prononcé avec des particules de rire dans la voix et suit un rire sans lien avec un contenu thématique amusant ; selon la littérature (Selting, 2010), les rires ou les particules de rire dans la parole, peuvent indiquer une posture ironique, sarcastique ou moqueuse si le rire n'est pas ouvert, clair et amusé, mais plutôt simulé et quelque peu « forcé » ; cette interprétation est pertinente s'il existe un décalage entre les contenus énoncés et les rires produits
- Le thérapeute hausse les épaules, ce qui constitue un comportement de banalisation qui contraste avec le fait de remercier le superviseur

Autrement dit, l'analyse séquentielle multimodale met en évidence qu'il y a un décalage, au moment de l'échange, entre le contenu lexical et les enjeux relationnels rendus visibles par les éléments vocaux et gestuels qui accompagnent les discours. Au-delà des signes d'implication individuelle chez le thérapeute et le superviseur, plusieurs signes d'implication sont manifestés en miroir lors de cet enchaînement de tours rapides et comportent plusieurs chevauchements (les sourires et les haussements de sourcils, lignes 27-30). Ces éléments multimodaux, à la fois concomitants et séquentiellement organisés, indiquent le traitement mutuel de la manifestation d'une affectivité émergente. L'un des intérêts de ce deuxième extrait réside dans le recadrage topical initié par le superviseur et la bascule dans un style emphatique, et dans le fait que cette action revêt un enjeu de préparation à l'intervention suivante. Le superviseur reprend rapidement :

TD6_extrait 3

```

34 S = >*non non mais tu vois† c'est parce qu'< on est [toujours†(1.0)
35     *lève la main face au thérapeute et rythme son discours par des gestes--->
36 T                                     [>ou oui<
37 S je #pense† en tant que thérapeutes†on(.)on est toujours HABITÉS(.)je pense(.)
38     #lève les sourcils
39     MALHEUREUSEMENT:(.)d'un ESPÈCE de sentiment un peu de TOUTE PUISSANCE(2.0)
40     ----->*
41 T hoche la tête fortement en fermant les yeux
42 S comme si finalement† *NOUS on avait le leadership [COMPLET: le contrôle&
43     *serre les deux poings devant lui----->>
44 T                                     [+ouais ouais
45     +ferme les yeux avec un
46     mouvement de la tête en arrière et hoche fortement de la tête----->>
47 S &complet† heum heum plus ou moins CONSCIEMMENT HEIN†

```

En plus d'initier son tour par une minimisation du désaccord (*non non mais tu vois †*, ligne 34), le superviseur lève la main vers le thérapeute et commence une justification de son recadrage (*c'est parce qu'on est toujours (1.0) je pense*, lignes 34 et 37). Le thérapeute semble s'aligner sur ce début d'explication théorique (*>oui oui<*, ligne 35) prononcé avec empressement.

Après une brève pause, le superviseur propose ensuite une interprétation. Pour rappel, il s'agit d'un énoncé signalant quelque chose qui peut être entendu comme demeuré implicite dans le discours du thérapeute et faisant référence à l'expertise du superviseur (*en tant que thérapeute †on est toujours HABITÉ (..)je pense(.) MALHEUREUSEMENT:(.) d'un ESPÈCE de sentiment un peu de TOUTE PUISSANCE*, lignes 37 et 39). Cet énoncé comporte toutes les caractéristiques de l'interprétation :

- Il est conçu comme une déclaration directe qui véhicule une évaluation selon l'expertise du superviseur, celle que les thérapeutes sont habités par une sorte de toute puissance ; l'usage des termes « je pense » à deux reprises (ligne 37) renforce le positionnement expert du superviseur et le terme « malheureusement », prononcé de manière accentuée, souligne la dimension évaluative de l'énoncé
- Il opère un lien entre les actions du thérapeute énoncées dans l'extrait 1 (faire des hypothèses) avec la posture supposée passive de la patiente (extrait 2) et le sentiment de toute puissance des thérapeutes (extrait 3).

Comme détaillé dans les chapitres précédents (6.3.1), l'interprétation appartient aux actions du domaine de l'affectivité, en ce qu'elle comporte une part de reconnaissance de l'expérience du thérapeute et de la posture qu'il décrit dans sa relation au patient. Dans la situation analysée, le superviseur indique au thérapeute qu'il reconnaît les informations détaillées, en employant les pronoms « on » et « nous » pour formuler son interprétation (*on est*, ligne 34 ; *en tant que thérapeutes /on (.)/on est toujours HABITÉS*, ligne 37, *comme si finalement / NOUS on avait*, ligne 42). Par ces formulations, le superviseur endosse la même perspective que le thérapeute ; il se distancie néanmoins de cette reconnaissance en ajoutant « malheureusement » de façon accentuée (ligne 39). Ce terme évaluatif indique un jugement négatif de la part du superviseur quant au phénomène de toute-puissance des thérapeutes et fait de cette interprétation une désaffiliation. Durant une pause de deux secondes, le thérapeute hoche la tête fortement en fermant les yeux, signe d'une affiliation importante, et ne saisit pas de l'opportunité de prendre son tour. C'est donc le superviseur qui produit une extension syntaxique précisant le topic de la toute-puissance en ajoutant les termes « leadership » et « contrôle complet » (lignes 42 et 47). Le thérapeute s'aligne (*ouais ouais*, ligne 44) et s'affilie encore (hoche fortement la tête, lignes 45-46). L'implication du superviseur, ici, est élevée :

- il recourt au lexique du registre de l'affectivité (être habité, sentiment, toute puissance) et recourt à des termes extrêmes (*toujours*, lignes 34, 37 ; *complet*, lignes 42, 47) ;
- le nombre de syllabes accentuées est augmenté par rapport à la ligne de référence (21 syllabes en deux tours de parole) ;
- les gestes et les mimiques du visage se multiplient et se superposent aux productions langagières ; il serre les deux poings devant lui durant son tour de parole (lignes 43 et suivantes).

Le superviseur développe ensuite et durant quelques tours de parole la notion de toute-puissance et simule des discours hypothétiques de patients qui ne veulent plus prendre en considération ce que disent les thérapeutes, surtout en fin d'hospitalisation. Juste avant le dernier extrait analysé (hors transcription), le superviseur évoque la posture fréquente des thérapeutes de vouloir contrôler les choix des patients lorsqu'ils sont « pris » ou « habités » et qu'ils veulent « réparer quelque chose de perso ». Après que le superviseur ait formulé un énoncé conclusif, le thérapeute s'aligne et enchaîne :

TD6_Extrait 4

77 T je pense qu'y a aussi↑ peut-être↑ une CRAINTE que ce soit une que si j-que si
 78 l'hypothèse que s-s- qu'elle a un trouble de la personnalité est JUSTE↑(.)
 79 qu'il y ait aussi des traits abandonniques↑=
 80 S =hm↓
 81 T du coup en m'eng- plus je m'engage ou plus la thérapie sera engagée et plus
 82 ce sera difficile ensuite d'en sortir(1.0)

83 S .hh +BIENSUR(.)
 84 +hoche fortement la tête
 85 T peut-être(.) y a aussi ça [qui=

Le thérapeute élabore une nouvelle posture émotionnelle dans sa relation à la patiente (*je pense qu'y a aussi ↑ peut être ↑ une CRAINTE*, lignes 77). Il énonce, pour la première fois dans la supervision, « la crainte » qu'il éprouve à être pris dans un suivi thérapeutique dont il ne pourrait plus « sortir » (*plus je m'engage ou plus la thérapie sera engagée et plus ce sera difficile ensuite d'en sortir*, lignes 81-82). Il étaye son sentiment avec une analyse du fonctionnement psychologique de la patiente en lien avec son trouble psychiatrique (lignes 78-79). Le superviseur soutient le thérapeute dans cette activité réflexive sur la posture émotionnelle (*hm ↓*, ligne 80) et en valide l'analyse en un alignement distinct, rendu audible par l'énoncé accentué (*BIENSÛR*, ligne 83) et le hochement de tête (ligne 84). L'émergence de cette réflexion centrée sur la posture affective personnelle après les interventions confrontantes préliminaires, analysées précédemment, reste timide (*peut-être(.) y a aussi de ça qui*, ligne 85). Les signes d'affectivité dans les échanges est revenu au point initial, comme au début du premier extrait : cela annonce la suite de la séance de supervision qui se déploie avec un enseignement récapitulatif du travail sur cette relation thérapeute-patiente : les attitudes et les postures thérapeutiques en fonction des problématiques psychiatriques.

Cette séquence permet de souligner les enjeux relationnels intenses lorsque les tandems manifestent un désaccord sur le contenu de leurs échanges à propos de la relation thérapeute-patient rapportée dans le récit clinique. Tout d'abord, la littérature qui s'est intéressée à l'affectivité dans les interactions considère que les interprétations peuvent être formulées après une évaluation de la situation exprimée par le premier locuteur ou après un commentaire confrontant (Peräkylä, 2004, 2008; Weiste & Peräkylä, 2013). Dans nos analyses, nous montrons que le premier désaccord survient dans l'extrait 1, lorsque le thérapeute se désaligne de l'évaluation du superviseur quant à la situation clinique qu'il a initialement présentée. Le thérapeute exprime ne pas avoir besoin d'être rassuré (extrait 1, lignes 2-3). Ensuite, c'est au tour du superviseur de se désaligner de la représentation du thérapeute concernant la posture passive de sa patiente (extrait 2, lignes 24-28). Ce désaccord survient également après l'évaluation du thérapeute considérée comme inappropriée. Un troisième mouvement d'incongruence interactionnelle est agi par le superviseur sous la forme d'une interprétation qui présente une désaffiliation à la posture du thérapeute (extrait 3, lignes 37-42). Le désaccord ne se situe alors plus seulement dans le registre topical mais également dans le registre affectif, en ce que le superviseur évalue négativement la posture de toute puissance des thérapeutes. Ce troisième désaccord apparaît pourtant un peu différemment des deux premiers : il survient après un énoncé ambigu du thérapeute qui semble ironiser à propos du recadrage théorique du superviseur (*£merci de me le rappeler£*, extrait 2, ligne 32). Selon la littérature sur le désaccord dans les conversations ordinaires (Pochon-Berger, 2011; Wagener, 2008), les interactants s'orientent systématiquement vers une justification, une correction ou une élaboration après un désaccord ou un refus. Le début de l'énoncé du superviseur (ligne 34) donne à voir certains éléments indiquant la minimisation du désaccord : réparation (*non non mais*), justification (*c'est parce qu'on est toujours ↑*). Ce début de tours est formulé de manière accélérée avec un marquage d'attention (*tu vois ↑*) et est accompagné de gestes de la main en direction du thérapeute, ce qui semble concourir à réduire la tension du désaccord puisque le thérapeute s'aligne aussitôt (ligne 36). Une autre ressource du superviseur visant à atténuer l'impact de la désaffiliation est l'usage du « nous thérapeutes » dans l'explication suivante. Le désaccord du superviseur sur la posture du thérapeute, autrement dit sa désaffiliation,

débouche sur un processus de réflexion du thérapeute concernant sa posture relationnelle avec la patiente (extrait 4). Alors qu'en début d'extrait il est centré sur la patiente, se désalignant de la proposition du superviseur de le rassurer, il initie, en fin d'extrait, une explicitation de son vécu affectif (sa crainte) et une thématization des enjeux de la relation thérapeutique (l'engagement et sa régulation dans le suivi de la patiente).

Dans la ligne des travaux sur les phénomènes affectifs en interaction (op.cit.), nous observons des ressources qui minimisent l'intensité du désaccord, mais sans le désamorcer tout à fait, puisque l'explication du superviseur ajoute une dimension supplémentaire à la désaffiliation. La supervision se démarque donc des pratiques langagières quotidiennes qui indiquent une préférence pour l'accord et l'affiliation. Le superviseur soutient le travail réflexif collaboratif sur l'objet de ce désaccord sans minimiser l'impact de la désaffiliation. L'analyse séquentielle et multimodale indique une trajectoire topicale et affective co-construite débouchant sur une autoréflexion du thérapeute qui réoriente la posture thérapeutique initiale. Cette phase d'élaboration comporte des éléments nouveaux du point de vue de l'évocation des émotions en jeu dans la relation à la patiente : ils lui permettent d'envisager une nouvelle perspective. Le thérapeute s'oriente vers la position d'autoréflexion alignée sur la suggestion du superviseur que les thérapeutes ne sont pas tout-puissants et ne détiennent pas un contrôle complet sur les patients. Le thérapeute envisage qu'il pourrait être en difficulté dans la gestion du suivi (crainte et engagement), revisitant sa posture initiale d'actions sans le consentement de la patiente.

6.3.2.3. Cadrer théoriquement et techniquement la situation

Lors de la présentation d'une situation clinique comportant des enjeux relationnels avec le patient, le thérapeute décrit ce qu'il perçoit de ces enjeux, de manière détachée et sans forcément présenter de signes d'implication. Il décrit des éléments factuels ou réflexifs à propos du suivi thérapeutique ou à propos de ses interactions avec le patient. Contrairement aux analyses précédentes, les données montrent que le superviseur peut également s'aligner sur l'orientation du thérapeute et contribuer à l'analyse de la relation thérapeutique sans travail sur la dimension affective. Il s'agit alors pour le superviseur d'orienter l'interaction sur le développement d'une compréhension conjointe. Il formule ce que nous appelons ici des cadrages, théoriques ou techniques ; autrement dit, il propose au thérapeute d'envisager la situation clinique selon une perspective différente de celle qui est présentée dans le récit initial de la relation thérapeutique.

La séquence que nous présentons ci-dessous fait suite à deux thèmes abordés dans les dix-neuf premières minutes de la supervision. La première partie est consacrée au bilan du suivi thérapeutique d'une patiente qui s'apprête à quitter l'hôpital. Une deuxième partie est initiée par la thérapeute sur une recherche documentaire concernant l'homosexualité entre le XVIII^e et le 20^e siècle, suite à une conversation privée. La trajectoire topicale de ces deux parties est congruente car l'homosexualité constituait l'une des dimensions travaillées avec la patiente. Le superviseur soutient le récit de la thérapeute par des continueurs vocaux, des relances ou des commentaires conceptuels sur les différences culturelles dans les représentations sociales de l'homosexualité. Les échanges du tandem sont centrés sur une activité d'évaluation des actions thérapeutiques menées et sur l'évolution psychologique de la patiente. Le récit et les descriptions de la thérapeute sont factuelles et présentent peu d'attachement à ce dont elle parle. Autrement dit, les discours, de la thérapeute et du superviseur, ne sont pas emphatiques

et n'indiquent pas d'implication particulière au niveau affectif. Les comportements et les styles discursifs manifestés dans ces premières minutes de supervision constituent la ligne de référence pour observer les bascules de styles dans les interactions suivantes. Juste avant la séquence analysée ci-dessous, la thérapeute prend son tour en initiant un nouveau topic après un épuisement topical manifeste. Elle annonce le nom de la patiente dont elle souhaite parler et ouvre le thème du diagnostic d'un trouble du spectre de l'autisme pour cette patiente :

TC3a_extrait 1 (19:20 - 23:45)

1 T pour MOI↑(0.5) dans cette situation là↑ le débat↑ pour MOI↓ [qu'est-ce qui &
2 S [°hm°
3 T & est le plus intéressant pour MOI c'est↑(2.0) j'arrive à la fin↑ en fait
4 cette fille elle est autis- elle est dans le spectre autistique↓
5 S +hm hm↓
6 +hoche la tête
7 T mais c'est c- c'est effectivement une discussion théorique
8 S +hm
9 +hoche la tête
10 T et c'est très↑(.) pour MOI c'est très important parce que↑(2.0) dans ma
11 conception↑(0.5) *L'AUTISME(3.0)
12 *joint les mains
13 c'est EN-DEÇÀ de la psychose↓
14 S *hm hm↓ (1.5)
15 *hoche la tête
16 T tandis que↓ parce que quand on voit certains p-(.) petits enfants qu'on
17 dirait autistes(0.5) CERTAINS↑(.) quand tu les traites↑(.) ils bougent↓
18 S ouais
19 T puis ça devient↑(1.0) autre↓
20 S °hm hm°↓
21 T qu'on pourrait appeler psychotique↓(.) mais avec un tout petit côté décalé↓
22 S hm hm↑
23 T mademoiselle muller↑ ne l'a pas(.) régulièrement(1.0) mais si tu l'as(.) de
24 manière long terme↑ elle EST décalée↓
25 S +°hm↓°
26 +hoche la tête
27 T c'est-à-dire que je la connais depuis DEUX ans maintenant↓
28 S et qu'est-ce qui est décalé↑(0.5) comment tu décrirais ce décalage↑
29 T c'est à dire que les: les êtres n'existent pas↓
30 S +°hm↓°(1.0) c'est-à-dire que la relation +objectale [est pas: complètement:
31 +hoche la tête +hausse l'épaule
32 T [*non↓
33 *secoue la tête
34 c'est à dire que son AMI↑(.) hein↑(.) [son ami↑ qu'elle a depuis UNE année↑
35 S [organisée
36 °hm hm↓°

La thérapeute initie le topic avec une évaluation de sa posture médicale. Elle insiste d'emblée sur l'intérêt (ligne 3) du cas clinique du point de vue du diagnostic (*j'arrive à la fin ↑ en fait cette fille elle est autis- elle est dans le spectre autistique ↓*, lignes 3-4). Elle relève également l'importance (ligne 10) de sa conception de l'autisme (ligne 11), en tant que « discussion théorique » (ligne 7) dans l'analyse de la problématique de Madame Muller. Les termes sont du registre cognitif (le débat, intéressant, la discussion théorique, la conception, lignes 1 à 24). La thérapeute précise ensuite sa conception de l'autisme (*dans MA conception de l'AUTISME (3.0) c'est EN-DEÇÀ de la psychose*, lignes 10-13). Elle insiste à plusieurs reprises sur le pronom « moi » (lignes 1 et 10) et recourt à des termes superlatifs qui soutiennent son propos centré sur l'intérêt théorique et conceptuel (*le plus intéressant pour moi c'est ↑(2.0)[...] c'est effectivement une discussion théorique*, lignes 3 et 7 ; *pour moi c'est très ↑(.) pour MOI c'est très*

important parce que (2.0) dans ma conception de l'AUTISME, ligne 10). Elle enchaîne en développant un argumentaire des différences entre la psychose et l'autisme (*c'est en DEÇA de la psychose tandis que ↓parce que*, lignes 13-21 ; *puis ça devient (1.0) autre ↓[...] qu'on pourrait appeler psychotique ↓*, lignes 19 et 21). Elle enchaîne en faisant le lien de cette conception théorique avec le diagnostic de la patiente (*mademoiselle muller ↑ ne l'a pas régulièrement [...] elle EST décalée*, ligne 23 ; *je la connais depuis DIX ans maintenant ↓*, ligne 27). Plusieurs pauses rythment le discours de la thérapeute (lignes 3, 10, 11, 19), souvent en milieu d'énoncé, alors que la forme syntaxique est incomplète, ce qui semble indiquer une réflexion sur ce qu'elle est en train de décrire et une sélection des informations à expliciter. Le superviseur n'interprète d'ailleurs pas ces silences comme des opportunités de prendre la parole, puisqu'il lui laisse reprendre son développement.

Du point de vue de l'affectivité, ce début d'extrait présente peu d'indices d'une affectivité manifeste dans l'interaction de supervision. Nous observons des mots accentués mais dont le lexique n'appartient pas au registre de l'affectivité justement. L'analyse des interactions verbales conçoit des accentuations dans le discours des interactants, sans pour autant les qualifier d'indices d'une affectivité augmentée. La littérature du domaine des émotions dans les interactions (Berger & Lauzon, 2016; Selting, 2010; Traverso, 2000) relève une convergence de plusieurs indices multimodaux dans les productions langagières des participants, mais pas seulement (voir le chapitre 1.3). Pour un rappel succinct et utile à l'analyse présente, nous rappelons qu'une affectivité augmentée est manifeste dans une situation interactionnelle lorsqu'un locuteur produit des tours de parole ayant tous les signes d'un discours emphatique : une densité nettement élevée de syllabes accentuées, une organisation rythmique avec des cadences isochrones très courtes, des pics de tonalité nettement plus élevés ou un volume sonore plus fort ou nettement diminué par rapport aux unités environnantes, une intensification des éléments lexicaux du registre de l'affectivité. Les comportements, tels que les gestes, les mimiques du visage, les changements d'orientation du regard constituent également des indices de l'émergence d'une affectivité dans l'interaction lorsqu'ils sont couplés avec les autres indices précités. Les contrastes de style discursif des interactants sont également des indicateurs de pic d'implication ou, au contraire, de passage à des phases d'élaboration d'une signification partagée du contenu du récit produit. Pour cela, une ligne de base du style de discours pour chaque participant est établie, afin d'observer ses variations et de décrire les bascules d'un style à un autre. La dynamique interactionnelle est aussi à considérer lors de l'observation des phénomènes affectifs dans les interactions. Ainsi, déterminer qu'un discours est emphatique, et donc impliqué émotionnellement, exige de croiser ces analyses et de rendre compte de la convergence, ou non, des signes d'implication affective dans la production d'un énoncé avec le précédent. La séquentialité des comportements et l'interprétation que font les interactants eux-mêmes des productions langagières multimodales orientent donc le sens à donner aux observations.

Pour synthétiser l'analyse de cet extrait au regard de ce rappel théorique et méthodologique, la thérapeute n'indique pas d'indices lexicaux du registre affectif, ni d'indices vocaux ou prosodiques (excepté les accentuations mentionnées plus haut), ni même de variation du style discursif au niveau de son emphase. La dynamique interactionnelle du tandem est constante du point de vue de l'organisation des tours de parole (ni chevauchements compétitifs, ni enchaînements rapides). Le superviseur intervient peu et semble soutenir le discours de la thérapeute par des continueurs vocaux principalement (*hm hm*, lignes 5, 8, 14, 20, 22, 25 ; *ouais*, ligne 18) accompagnés la plupart du temps de hochements de tête. Ces réponses

montrent que le superviseur indique au locuteur son alignement à l'activité de renseignement en cours.

Le superviseur formule alors une question qui s'aligne sur le contenu descriptif de la thérapeute (*et qu'est-ce qui est décalé* ↑(0.5) *comment tu décrirais ce décalage* ↑, ligne 28), en reprenant la notion de « décalage » initiée par la thérapeute (lignes 21 et 24). Il recourt au verbe « décrire » pour préciser son attente dans le développement suggéré et pour orienter la réponse dans le registre très factuel de la description. La thérapeute initie une réponse orientée sur le rapport de la patiente avec les autres (*c'est à dire que les: les êtres n'existent pas* ↓, ligne 29). Après un acquiescement (*°hm* ↓°, en hochant la tête, lignes 30-31) et une pause, le superviseur formule alors un cadrage théorique (*c'est-à-dire que la relation objectale est pas: complètement:*, ligne 30). Il introduit le concept psychanalytique de « la relation objectale » pour qualifier ce rapport au monde décrit par la thérapeute ; la forme syntaxique n'est pas complète et il énonce les deux derniers mots de son tour de parole avec un allongement vocalique, signe que son tour n'est pas terminé (il complète son énoncé en chevauchement de la réponse en ligne 35). La thérapeute initie alors une réponse en chevauchement de tours (*c'est à dire que son AMI* ↑, ligne 34) et la déploie ensuite sur quelques minutes, encouragée par le superviseur (*°hm hm* ° ↓, ligne 36). La thérapeute décrit ensuite les relations de la patiente avec cet ami, avec ses frères, son père, sa mère et un autre ami significatif (hors transcription). Après un épuisement topical, le superviseur formule une question qui oriente le topic vers un nouveau développement :

TC3a_extrait 2

```

90      c'est tout son MONDE(1.0)
91 S   se résume à ça↓
92 T   *ouais↓
93     *hoche la tête
94 S   et +comment tu ferais la différence du coup: avec quelqu'un +de PSYCHOTIQUE↑
95     +signe un espace avec les doigts                                +hoche la tête
96     +fin↓
97     +mouvement aller-retour avec la main
98 T   *ALORS↓(.)alors oui↓(.) *et puis bon↓(1.0)en fait↑ je me suis rendue compte
99     *hoche la tête                *détourne le regard
100    parce que↓ *lors du dernier entretien: avec elle↑(4.0)
101     *regarde par terre----->
102     *en face à face↑=
103     *regarde S
104 S   =hm hm↓
105 T   je n'existais plus↓=
106 S   =+hm hm↓
107     +hoche la tête
108 T   elle était en*FACE de moi↑ +(..)je *N'EXISTAIS °plus°↓ +(1.5)
109     *inclina la tête                *secoue la tête
110 S   +hoche la tête                                +hoche la tête

```

La thérapeute formule un énoncé conclusif suivi d'une pause, marqueurs d'un épuisement topical (*c'est tout son MONDE*, ligne 90). Le superviseur ne saisit pas tout de suite l'occasion de prendre son tour et laisse la pause exister avant de formuler un énoncé qui semble compléter syntaxiquement le tour précédent de la thérapeute (*se résume à ça* ↓, ligne 91). Cette évaluation conclusive conjointement formulée est ratifiée par la thérapeute (*ouais* ↓, en hochant la tête, lignes 92-93). Le superviseur propose alors une transition topicale en exploitant les tours précédents et en enrichissant l'analyse de la thérapeute sur la question du diagnostic initiée plus tôt aux lignes 11-13 (*et comment tu ferais la différence du coup : avec quelqu'un de PSYCHOTIQUE* ↑, ligne 94). L'intervention du superviseur formule un cadrage technique en

proposant de « faire la différence » entre le diagnostic initial (*elle est dans le spectre autistique* ↓, ligne 4) et la psychose (*quelqu'un de PSYCHOTIQUE*, ligne 94). Dans un premier temps, une réponse hésitante de la thérapeute suit la question technique du superviseur (*ALORS* ↓(.) *alors oui* ↓(.) *et puis bon* ↓(1.0), ligne 98), ce qui indique qu'elle n'est pas prête à fournir les éléments demandés. Puis, elle produit le début d'une description d'un moment interactionnel précis lors du dernier entretien clinique qui a été le déclencheur de son évaluation clinique (*en fait* ↑ *je me suis rendue compte parce que lors du dernier entretien: avec elle* ↑ *en face à face* ↑ *je n'existais plus* ↓, lignes 98-105). Encouragée par le superviseur (lignes 106-107), elle complète sa description (*elle était en FACE de moi* ↑ *je N'EXISTAIS °plus°* ↓, ligne 108). Le topic se concentre alors sur la relation thérapeutique par emboîtement du cadre clinique dans le cadre interactionnel de la supervision. Le récit met clairement en scène la thérapeute et la patiente (*en face à face*, ligne 102 ; *elle était en face de moi*, ligne 108) et explicite la posture affective de la thérapeute, qui n'était pas encore thématisée jusque-là (*je n'existais plus*, ligne 105, *je n'EXISTAIS °plus°*, ligne 108).

Du point de vue de l'affectivité, cet extrait montre, chez la thérapeute une bascule soudaine du style de discours vers plus d'emphase. Le contraste d'un style normal non marqué à un style emphatique marqué semble contextualiser un pic d'implication. Cette modification est signalée par une augmentation soudaine des indices constitutifs du style emphatique par rapport aux tours précédents. La prise de parole de façon accentuée (*ALORS* ↓, ligne 98) avec une intonation descendante marque d'emblée une emphase dans le début du tour de parole de la thérapeute. Puis une prolifération de signes d'implication sont rendus manifestes dans les productions langagières de la thérapeute :

- Au niveau lexical, l'usage des termes qui thématisent la relation entre la thérapeute et la patiente indique une transition topicale, d'une centration sur la patiente (diagnostic et comportements) vers une centration sur la relation thérapeutique (*avec elle*, ligne 100 ; *en face à face*, ligne 102). Cette transition concerne également le changement d'un registre conceptuel au registre expérientiel (*je n'existais plus*, ligne 105 ; *elle était en FACE de moi [...] je n'EXISTAIS °plus°* ↓, ligne 108)
- La dimension vocale s'intensifie également en fin d'explicitation du vécu avec la patiente par une accentuation forte (*je n'EXISTAIS*) et une diminution rapide du volume de la voix en fin d'énoncé (*°plus°*)
- L'organisation rythmique présente des changements : des cadences isochrones très courtes surviennent et sont marquées par les micro-pauses et la pause d'une seconde en milieu de tour (*ALORS* ↓(.) *alors oui* ↓(.) *et puis bon* ↓(1.0) *en fait* ↑, ligne 98 ; *en face de moi* ↑(.), ligne 108) ; les tours de parole des lignes 102 à 106 présentent également une accélération des enchaînements et une brièveté de leur énonciation ; une longue pause (quatre secondes, ligne 100) suspend la description d'un souvenir expérientiel (*lors du dernier entretien: avec elle (4.0) en face à face*, ligne 100-102)
- Les mouvements de la tête et les orientations du regard de la thérapeute indiquent une intensification (détourne le regard, ligne 99 ; regarde par terre, ligne 101 ; regarde le superviseur, ligne 103 ; incline et secoue la tête, ligne 109)

Dès les premiers énoncés centrés sur la posture de la thérapeute, le superviseur produit des signes affiliatifs par les hochements de tête qui surviennent en ponctuation des éléments centraux de l'émergence claire d'une affectivité chez la thérapeute (lignes 108-110). Il relance ensuite la thérapeute en réorientant le topic sur l'explicitation du processus diagnostique. Il s'en suit une description détaillée des comportements de la patiente durant ce dernier

entretien avec de multiples indices pour l'établissement du diagnostic (hors transcription). Dans le troisième extrait, un épuisement topical se donne à voir (lignes 134-138) avec une manifestation significative d'un accord sur l'évaluation clinique de la patiente :

TC3a_extrait 3

```

134 S +°hm°
135 +hoche la tête
136 T °c'est +là *ouais↓°(0.5)lors[du DERNIER
137 S +hoche la tête
138 T *hoche la tête
139 S [c'est MÊME PAS #LE REJET c'est *L'INEXISTENCE=
140 +sourit----->+
141 #hausse les sourcils----->#
142 T *secoue la tête
143 je *n'EXISTE pas=
144 *ouvre les mains devant le visage et sur le côté en secouant la tête
145 S =hm↓ ce qui est autre chose↓=
146 T =ouais↑ je N'EXISTE pas↓
147 S +°hm°
148 +hoche la tête

```

Le superviseur reprend son tour en chevauchement compétitif et formule un énoncé que l'on pourrait qualifier d'hybride car il comporte à la fois un cadrage théorique, en ce qu'il mentionne des concepts pour qualifier les enjeux de la relation entre la thérapeute et la patiente (*le rejet ; l'inexistence*, ligne 139) ; mais il comporte également une part d'interprétation au sens où, à aucun moment dans les tours de parole précédents, la thérapeute ne mentionne un vécu personnel de rejet. La thérapeute s'aligne en secouant la tête (ligne 142), indice d'un alignement avec le contenu du discours du superviseur (*c'est MÊME PAS LE REJET*, ligne 139) et recycle sa posture relationnelle (*je n'EXISTE pas*, lignes 143). Le superviseur semble clore le travail sur l'explicitation diagnostique (*hm↓ ce qui est autre chose ↓*, ligne 145), mais la thérapeute reprend à nouveau son vécu dans sa relation avec la patiente (*ouais↑ je n'EXISTE pas*, ligne 146). Les deux registres conversationnels, cognitif et affectif, sont présents dans ce court extrait. Par son intervention, le superviseur maintient les deux registres présents dans la trajectoire interactionnelle : il allie le travail d'explicitation du processus théorique sur le diagnostic de la patiente et la dimension affective par la reconnaissance d'un sentiment d'inexistence légitime et valable étant donné la description des comportements de la patiente (*c'est L'INEXISTENCE*, ligne 139).

Du point de vue de l'affectivité, la thérapeute et le superviseur présentent des signes d'emphase dans leurs énoncés, par l'accentuation des mots relatifs au registre de l'affectivité, par les enchaînements rapides de tours et par les nombreux comportements produits de manière synchrone et en renforcement des contenus discursifs (lignes 140-142 et 144).

La thérapeute reprend ensuite le récit de son dernier entretien :

TC3a_extrait 4

```

149 T et LÀ elle était en train *de sourire comme ça↑ et euh ouais↑ j'ai
150 *sourire forcé en mimant le regard perdu en l'air
151 vraiment eu ce SENTIMENT *que
152 *prend une main dans l'autre, mime un déplacement->
153 S +hm
154 + hoche la tête ----->
155 T elle m'av-elle m'avait utilisée comme ça↓(2.0)et j'ai pas senti↑ si tu veux↑&
156 S ----->+
157 T ----->*
158 &c'est pas de la rage dans+le sens euh où j'me suis fait ABUSER user NON&

```

159 S +hoche la tête
 160 T &c'est PAS ça↓*c'était vraiment+UTILISATION de l'objet partiel↓
 161 *mime le déplacement main dans la main
 162 S +hoche la tête----->+

Au début de l'extrait (*et LÀ*, ligne 149), la thérapeute énonce ce qui peut être interprété comme la suite du récit du dernier entretien avec la patiente, entrepris plus haut (*lors du dernier entretien avec elle ↑*, ligne 100 et *°c'est là ouais ↓(0.5)lors du DERNIER*, ligne 136). Elle décrit et mime les expressions du visage de la patiente (*elle était en train de sourire comme ça*, ligne 149) et ses comportements (lignes 150 et 152). Elle reprend ensuite en cours de tour de parole l'explicitation de sa posture affective (*et euh ouais ↑j'ai vraiment eu ce SENTIMENT que*, lignes 149-151). Elle prolonge son énoncé interrompu par une mise en scène physique de la posture de la patiente (prend une main dans l'autre, mime un déplacement, ligne 152). Encouragée par le superviseur (*hm*, ligne 153 ; hoche la tête en continu, lignes 154-156), la thérapeute complète syntaxiquement l'énoncé initié à son tour précédent (*elle m'av-elle m'avait utilisée comme ça ↓(2.0) et j'ai pas senti ↑ si tu veux ↑c'est pas de la rage dans le sens euh où j'me suis fait ABUSER user NON c'est PAS ça ↓c'était vraiment UTILISATION de l'objet partiel ↓*, lignes 155-160). Elle décrit sa posture affective dans les interactions avec la patiente en ayant recours au lexique de l'affectivité (sentiment, sentir, la rage, abuser). Elle termine son tour avec une évaluation synthétique et conclusive de son raisonnement (*c'était vraiment UTILISATION de l'objet partiel*, ligne 160). Ainsi, après une phase d'explicitation de sa posture affective (102-160), la thérapeute recycle les éléments conceptuels proposés par le superviseur lors du premier cadrage théorique (*la relation objectale pas complètement : organisée*, lignes 30 et 35).

Du point de vue de l'affectivité, dans l'extrait analysé, le long tour de parole de la thérapeute présente les signes de l'apogée d'un récit impliqué. Les indices du discours emphatique sont omniprésents :

- Comme décrit dans l'analyse topicale ci-dessus, le lexique est concentré sur le registre de l'affectivité (les émotions, le ressentir) ainsi que sur le thème de la relation thérapeutique (les enjeux de pouvoir et la question de l'abus ou de l'utilisation de l'autre)
- Quatorze syllabes sont accentuées dans un court extrait, alors que seules sept syllabes le sont dans le premier extrait, plus long. Le lexique du registre de l'affectivité est accentué (SENTIMENT, ABUSÉ, UTILISATION)
- Les indices gestuels soutiennent le discours sur la relation thérapeutique : celle-ci est mimée (lignes 150, 152-157 et 161) et intégrée comme le serait un discours rapporté ; cela ajoute au discours de la thérapeute une emphase et offre au superviseur un accès presque de premier ordre aux informations de la situation clinique

Comme décrit dans la littérature sur l'affiliation en interaction, le superviseur produit des signes de reconnaissance et de validation d'une compréhension partagée de la posture relationnelle et affective de la thérapeute. Il hoche la tête à l'énonciation des éléments centraux de la posture de la thérapeute :

- à l'évocation du sentiment d'avoir été utilisée par la patiente,
- suite à l'exclusion d'un sentiment de rage,
- lors de l'énoncé évaluatif du fonctionnement relationnel de la patiente.

La séquence se termine quelques tours de parole plus tard après une phase de pré-clôture initiée par le superviseur. Dans cette étape finale, le superviseur recycle les différents concepts mobilisés dans le travail sur le diagnostic et les articule avec les renseignements apportés par

la thérapeute concernant le fonctionnement relationnel de la patiente. La thérapeute oriente ensuite l'échange sur les traitements psychosociaux de l'autisme en fonction des différentes conceptions diagnostiques du trouble et le fonctionnement psychique des personnes concernés par le spectre autistique.

L'intérêt de cette séquence réside dans sa force emblématique de phénomènes récurrents des pratiques de supervision, tels que l'élaboration collaborative d'une trajectoire topicale, les processus affiliatifs du superviseur lors de l'énonciation d'un récit d'expérience, ainsi que la forte et incontournable dimension affective du récit de la relation thérapeutique.

Dans la ligne des travaux sur l'analyse des trajectoires topicales (Mondada, 2003; Riou, 2015), les derniers tours de parole du premier extrait (lignes 27-35) sont très intéressants du point de vue de la construction collaborative d'un topic. Tout d'abord, nous relevons une récurrence du terme « c'est-à-dire » produit par les deux interactants (lignes 27, 29, 30, 34). L'usage de cet adverbe annonce une précision. La thérapeute débute son tour en annonçant la suite du tour précédent concernant la notion temporelle nécessaire à l'observation de ce « décalage » de la patiente (*c'est-à-dire que je la connais depuis DEUX ans maintenant* ↓, ligne 27). Elle justifie son évaluation par une légitimité épistémique basée sur un accès de premier ordre aux informations de la vie de la patiente, lié à la durée du suivi thérapeutique. Après la demande de précision du superviseur (ligne 28), la thérapeute recourt à nouveau au « c'est-à-dire » pour formuler autrement ce qu'elle entend par « décalage », orientant le topic vers la dimension relationnelle du fonctionnement de la patiente (ligne 29). Par la forme de son cadrage théorique, le superviseur indique qu'il s'aligne sur cette précision et recourt, lui aussi, au « c'est-à-dire » pour exprimer sa compréhension du décalage relationnel de manière conceptuelle (ligne 30). La thérapeute rebondit ensuite sur cette proposition par le biais d'un récit descriptif qui vise à davantage de clarté et d'exactitude, initié par un « c'est-à-dire » (ligne 34). Ces tours de parole rendent compte de la forte dimension sociale de la construction d'une signification partagée à propos d'une situation clinique évoquée. La récurrence de l'adverbe « c'est-à-dire » dans les débuts de tours montrent comment chaque interactant utilise le topic du tour précédent comme ressource pour le tour suivant et le développement de la trajectoire topicale. Cette analyse topicale donne à voir la technique de mise en relation (*tying technique*) dans les trajectoires aux topics graduels (*shaded topics*) (Mondada, 2003).

L'analyse séquentielle des trajectoires, topicale et de l'affectivité, rend manifeste l'émergence d'un discours impliqué de la thérapeute, malgré une ouverture de séquence orientée sur les dimensions théorique et technique de la situation évoquée. Alors que la thérapeute et le superviseur sont alignés sur une activité conjointe de problématisation dans le travail d'explicitation des concepts utiles au diagnostic (extrait 1), une implication de la thérapeute émerge soudainement (extrait 2) lorsqu'elle évoque son expérience personnelle de la relation thérapeutique. Dès lors, le superviseur produit aussitôt les premiers signes d'affiliation, qui s'intensifient au fil des tours de parole, parallèlement à la progression du récit impliqué de la thérapeute. Bien que les interventions verbales du superviseur restent orientées sur le travail conceptuel du diagnostic, il formule un cadrage théorique qui comprend une dimension interprétative, typique des actions dans le registre affectif des interactions (extrait 3). Suite à cette intervention de supervision, la thérapeute déploie ce que la littérature décrit comme l'apogée d'un récit impliqué (extrait 4), donnant à voir les ressources multimodales de la gestion collective d'une affectivité partagée. La synthèse de cette trajectoire interactionnelle particulière relève ce qui pourrait constituer une dimension incontournable de la dimension affective du travail sur la relation thérapeutique.

6.3.2.4. L'incontournable affectivité du travail sur la relation thérapeutique

Dans ce chapitre consacré aux réponses du superviseur suite au récit initial détaché du thérapeute, nous relevons des phénomènes interactionnels de l'affectivité similaires à ceux décrits dans le chapitre précédent, mais avec des nuances dans les trajectoires et dans les ressources mobilisées par les superviseurs.

Les séquences analysées soutiennent et renforcent les études consacrées aux interactions sociales en ce qu'elles révèlent une gestion collaborative des trajectoires topicales et affectives (Couper-Kuhlen, 2009; Voutilainen et al., 2011). Au niveau topical, les séquences de l'ensemble de la collection indiquent que les tandems orientent leur conversation sur le vécu affectif des thérapeutes lorsqu'ils travaillent la relation thérapeutique. Cependant les trajectoires varient selon que les thérapeutes initient leur récit avec un attachement affectif à ce dont ils parlent ou qu'ils décrivent la situation clinique de manière détachée et sans marque d'affectivité. Dans le second cas, les analyses montrent que les superviseurs produisent un ou plusieurs énoncés affiliatifs malgré que les thérapeutes formulent des descriptions factuelles ou théoriques des situations rencontrées. Cette marque d'affiliation, aussi brève soit elle, oriente le topic sur l'expérience relationnelle et affective du thérapeute, amorçant par la même occasion une déviation du registre cognitif vers le registre émotionnel. Les transitions topicales s'avèrent donc des points de négociation non seulement pour la construction de la trajectoire thématique mais également pour la gestion interactionnelle de l'affectivité. Ces actions affiliatives précoces, car produites sans traces d'implication dans le discours du thérapeute et avant l'apogée du récit, constituent une particularité de la pratique de supervision. Les études sur les phénomènes affectifs dans les pratiques quotidiennes décrivent des comportements affiliatifs du destinataire d'un récit que si celui-ci présente une implication du narrateur (Plantin et al., 2000; Selting, 2010; Stivers, 2008; Voutilainen et al., 2014). De même, dans les interactions institutionnelles des domaines du social et de la santé, les professionnels ne produisent des comportements du registre affectif que si les patients initient le récit d'une expérience désagréable ou douloureuse (Ruusuvuori, 2005; Ruusuvuori & Lindfors, 2009; Ruusuvuori & Voutilainen, 2009; Weiste & Peräkylä, 2014). Dès lors, quel est le principe interactionnel organisateur d'une telle pratique ? L'analyse des trajectoires topicales et affectives suite au récit impliqué des thérapeutes a montré que ces derniers recyclent leur récit si la réponse du superviseur est incomplète ou absente jusqu'à l'accomplissement d'une affiliation conjointe. Cet accord sur la validité de la posture thérapeutique dans la situation travaillée en supervision s'est avérée un passage conduisant au discours autoréflexif sur la posture thérapeutique dans toutes nos séquences de la collection. Nous pouvons formuler deux hypothèses analytiques découlant de ces constats :

- l'affiliation précoce du superviseur implique le thérapeute dans sa description de la relation au patient, ce qui peut constituer un « matériel » indispensable au travail autoréflexif
- l'affiliation précoce du superviseur prépare un environnement interactionnel et affectif propice à l'autoréflexion du thérapeute sur sa posture, en ce qu'il génère une entente sur la validité et la légitimité de la posture initiale décrite.

La première hypothèse est intéressante, parce qu'elle relève la logique séquentielle et socialement co-élaborée des trajectoires topicales dans les interactions (Filliettaz, 2014). Chaque énoncé repose sur le précédent et oriente le suivant. Ainsi, le travail autoréflexif du thérapeute est élaboré à partir d'un récit impliqué du thérapeute et découle de la

manifestation affective de l'expérience narrée. Cette hypothèse est féconde pour comprendre les comportements affiliatifs précoces des superviseurs. Elle postule que l'émotion, en tant que topic, est insuffisante pour un travail sur la posture thérapeutique et que la production d'un récit impliqué à propos d'une relation clinique est nécessaire pour la formation des thérapeutes. La professionnalité du superviseur résiderait donc en partie dans sa capacité à s'affilier non seulement à un récit impliqué, mais également à produire une action affiliative à partir d'un discours détaché du thérapeute.

La deuxième hypothèse convoque la notion d'environnement interactionnel propice à l'autoréflexion. Des recherches se sont intéressées aux processus de changement dans la psychothérapie (Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles, 2013; Weiste, 2015b; Weiste & Peräkylä, 2015). L'une étudie les processus de collaboration entre thérapeutes et patients dans le cadre de la Zone Proximale de Développement (Vygotsky, 1978). Les analyses relèvent les interventions du thérapeute selon deux catégories : les interventions soutenantes et les interventions déifiantes. Les réponses du patient sont décrites selon qu'elles révèlent l'acceptation de ces interventions et leur utilisation. Les résultats montrent comment la collaboration des interactants contribue à la croissance et au développement du patient dans la thérapie. L'étude analyse un modèle d'intervention qui conçoit le processus thérapeutique comme une collaboration dynamique ; le thérapeute s'oriente vers des interactions qui produisent un équilibre entre le besoin de sécurité du patient et l'objectif de la thérapie qui consiste à explorer de nouvelles versions de ses propres récits. Dans notre recherche, l'objectif de la rencontre en supervision concerne la formation à la relation thérapeutique, c'est-à-dire le développement d'une posture qui se donne à voir dans les récits des situations cliniques et leur évolution au cours de la supervision. Nos analyses montrent que le superviseur utilise l'affiliation comme levier affectif pour reconnaître l'expérience vécue et narrée du thérapeute, lorsque le discours du thérapeute présente les signes d'une affectivité augmentée et qu'ils sont repérés en tant que tels. Dans le cas des discours détachés, le superviseur produit également une réponse affiliative et une implication du thérapeute émerge dans l'interaction. Les phénomènes d'affiliation conjointe qui succèdent à ce processus interactionnel sont décrits dans la littérature sur la gestion interactionnelle de l'affectivité comme étant des vecteurs de réduction de l'agitation psychomotrice du narrateur (Muntigl et al., 2012; Peräkylä & Ruusuvoori, 2012; Voutilainen et al., 2014; Voutilainen, Henttonen, et al., 2018). Cette affiliation conjointe calme le thérapeute et permet au tandem de déplacer le travail réflexif du registre émotionnel au registre cognitif, qui à son tour laisse place à l'autoréflexion sur la posture thérapeutique. Ainsi, les actions d'affiliation du superviseur participent à la construction d'un environnement interactionnel favorable à la réflexion du thérapeute sur sa propre posture.

A contrario, lorsque le superviseur n'interprète pas les comportements du thérapeute comme des indices d'un discours emphatique, le thérapeute recycle son récit avec une plus grande implication affective en vue d'obtenir une affiliation. Dans ces cas-là, le passage au travail réflexif est reporté. Dans la littérature sur le *storytelling*, une absence d'affiliation conjointe lors des récits d'expériences impliqués conduit à l'abandon du topic et la transition vers une autre thématique. Notre collection ne présente pas de séquences où le tandem abandonnerait le topic de la relation thérapeutique, ce qui peut être interrogé dans la discussion ultérieure sur les limites de la recherche. Ainsi, nous pouvons considérer que les pratiques de supervision recueillies et analysées dans la présente recherche trouvent un écho dans la littérature mentionnée qui considère que la professionnalité d'un thérapeute réside dans sa capacité à

établir une interaction qui permettent au patient de revisiter la signification qu'il donne à son vécu. Par analogie, la professionnalité du superviseur consiste à accompagner le thérapeute dans le développement d'une activité cognitive et réflexive sur sa posture affective avec ses patients.

Toutefois, l'analyse de notre collection montre que les superviseurs sont parfois en désaccord avec la posture énoncée par le thérapeute. Les trajectoires topicales sont renégociées et la dynamique interactionnelle affective parallèlement traitée. Le tandem œuvre pas à pas à l'élaboration d'une compréhension commune des enjeux relationnels cliniques. La désaffiliation du superviseur initie une cascade d'ajustements qui tendent à assurer une convergence à la fois topicale et affective. Les superviseurs atténuent l'impact du désaccord par des ressources langagières multimodales tout en maintenant un certain cadrage théorique en rupture avec la posture présentée par le thérapeute. Le superviseur mobilise, de manière synchrone et séquentielle aux productions verbales et non-verbales du thérapeute, des stratégies qui assurent la continuité du travail sur la posture affective évoquée et manifestée. Nos analyses convergent avec les études interactionnelles dans le domaine de la psychothérapie : elles considèrent que la résistance ou le désaccord entre un psychothérapeute et son patient constituent un point de départ pour l'exploration et une nouvelle compréhension de l'expérience vécue du narrateur (Voutilainen et al., 2010a; Weiste & Peräkylä, 2015)

L'autoréflexivité du thérapeute découle de toutes les séquences de notre collection avec plus ou moins de déploiement discursif et plus ou moins de modification de la posture affective initiale. Il s'agit d'un discours du thérapeute qui présente l'élaboration de son expérience selon une nouvelle perspective. La posture relationnelle et affective est reconstruite avec la présence d'indices d'une intégration d'éléments théoriques abordés durant la séquence de supervision. En d'autres termes et selon une littérature du domaine de l'analyse interactionnelle des processus de la formation (Kim & Silver, 2016) ou de la thérapie (Voutilainen & Peräkylä, 2016), les processus interactionnels influencent la manière dont la pensée réflexive émerge. Les formulations centrées sur le bénéficiaire (l'apprenant ou le patient) sont mieux accueillies, car elles s'orientent vers ses besoins, ses intérêts, ses pensées, ses préoccupations et son expertise. Toutefois, les actions de désaffiliation du superviseur se distinguent de celles qui sont décrites dans la littérature au sens où elles sont agies et affirmées alors que la désaffiliation se manifeste par une forme de neutralité affective, de détachement de la part du destinataire. Elles sont accompagnées d'explications qui recadrent le sens à donner à la situation et à la posture décrites par le thérapeute et qui constituent le socle sur lequel l'autoréflexion du thérapeute se construit. L'autoréflexion émerge dans la phase qui suit l'apogée du récit impliqué du thérapeute, qu'il soit initial ou secondaire à une action d'affiliation du superviseur. Elle correspond à ce que la littérature du *storytelling* et des processus d'affiliation (op. cit.) décrit comme la phase d'évaluation.

Considérant ces analyses, la professionnalité du superviseur réside en partie dans sa capacité à produire des cadrages théoriques et techniques utiles à la déconstruction et à la reconstruction d'une compréhension conjointe de la situation relationnelle clinique. Ces actions de supervision, en alignement ou en désalignement, en affiliation ou en désaffiliation, de la posture décrite et manifestée par le thérapeute révèlent la propre posture affective du superviseur. Il manifeste une affectivité dans l'affichage d'une affiliation, c'est-à-dire une production de comportements similaires et en synchronie de ceux produits par le thérapeute. Il manifeste également des signes d'implication affective lorsqu'il produit subitement un

partage d'expérience personnelle, c'est-à-dire lors d'une bascule d'un passage soudain à style de discours non marqué à un style emphatique marqué.

Dans la supervision, les interactions entre thérapeutes et superviseurs constituent des environnements formateurs particuliers en ce qu'elles configurent les activités et les positionnements de manière analogues aux interactions des pratiques thérapeutiques cliniques analysées en séance. Le thérapeute est acteur de son propre récit d'expérience difficile dans la relation à son patient. Il endosse la place de l'interactant dont il est attendu qu'il dévoile son vécu lors des récits, et qui voit émerger de ses interactions avec le superviseur une affectivité qu'il ne soupçonnait peut-être pas ou qu'il gardait sous contrôle dans un discours détaché affectivement. Il chemine dans des trajectoires topicales et affectives qui sont rythmées, parfois canalisées, par le superviseur. Le thérapeute est également observateur des actions du superviseur qui alterne les formulations tantôt pour s'affilier à la posture qu'il décrit, tantôt pour s'en distancier. Il est au centre d'une scène sociale qui sollicite à la fois son expérience de l'explicitation d'une posture affective difficile, et à la fois sa professionnalité émergente. Le superviseur, quant à lui, endosse le rôle de formateur qui assure les conditions d'une trajectoire topicale et affective orientée vers le développement d'une posture thérapeutique partagée. Il mobilise ainsi des compétences pédagogiques, mais également des compétences de gestion de l'affectivité en interaction, dans une danse curieusement semblable à celle qu'il connaît en tant que thérapeute de ses patients. Pourtant, l'objectif de la supervision ne se situe pas dans le soin mais dans l'agencement d'un environnement interactionnel qui offre une opportunité au thérapeute de développer ses compétences thérapeutiques et une capacité de se penser, de se réfléchir dans les enjeux relationnels d'une interaction. Malgré les similitudes relevées entre les résultats de notre recherche et la littérature intéressée par les phénomènes interactionnels de l'affectivité dans la psychothérapie, les rapports de place se voient configurés selon d'autres caractéristiques. Le contexte, les statuts et les rôles des interactants sont définis selon un autre cadre interactionnel que celui de la thérapie, ce qui confère à la supervision une autre dynamique interactionnelle que celle d'un thérapeute avec son patient. Les rapports déontiques, épistémiques et affectifs s'organisent et se négocient dans les séances de supervision selon les positionnements de chacun, tour après tour, confirmant ou non les configurations initiales. Nous analysons les rapports de place particuliers de la supervision selon les trois ordres de l'interaction au prochain chapitre.

Les différentes trajectoires identifiées dans nos analyses et décrites sont représentées dans la figure ci-dessous :

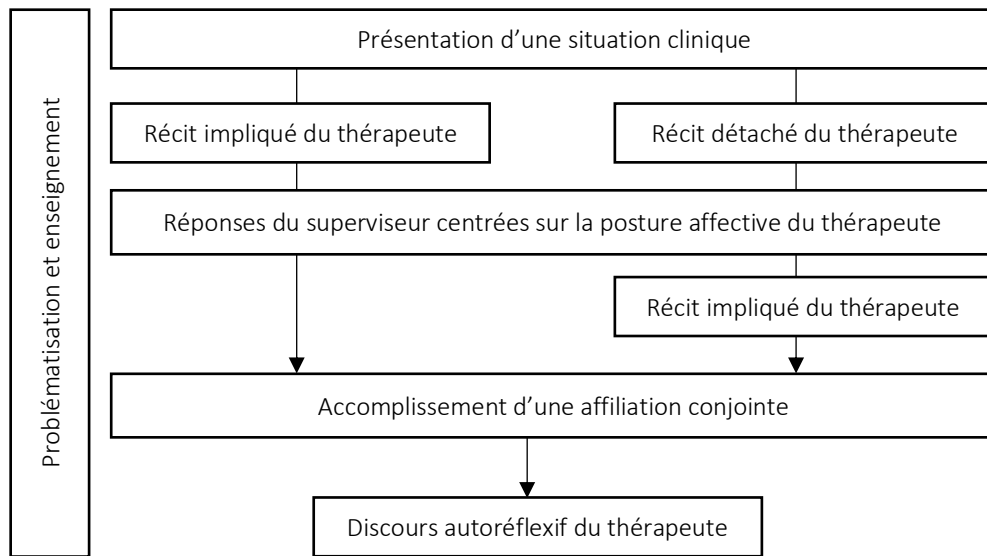


Figure 20: Trajectoires de l'affectivité dans la supervision

Le récit impliqué du thérapeute constitue un passage incontournable pour la construction d'un environnement interactionnel qui laisse place à l'élaboration d'un discours autoréflexif du thérapeute. Les actions de supervision sont produites aux différentes phases du travail sur la relation thérapeutique, agissant sur les trajectoires topicales et affectives des deux interactants. Les formulations affiliatives (reconnaisances et interprétations), désaffiliatives (interprétation, questions confrontantes ou cadrages théoriques), ainsi que les activités d'enseignement enchâssées dans la séquentialité des échanges participent à l'élaboration d'une vision partagée de la posture thérapeutique et à la gestion de l'affectivité en interaction.

7. La dynamique des places dans la supervision

L'organisation d'une séance de supervision et la gestion des interactions est à la fois définie par la négociation moment après moment des tours de parole et par le cadre interactionnel de la supervision. Les recherches d'inspiration ethnographique considèrent que les relations sociales humaines sont configurées selon trois ordres : l'ordre épistémique, l'ordre déontique et l'ordre émotionnel (M. Stevanovic & Peräkylä, 2014). Ils sont constitutifs de la dynamique des positionnements des personnes lors de leurs échanges et orientent les actions des participants pour assurer le bon déroulement de l'interaction, c'est-à-dire l'élaboration collaborative de l'activité conjointe de la supervision. Les participants se positionnent les uns par rapport aux autres selon des droits et devoirs déterminés par les statuts et les rôles dans chacun de ces ordres. Loin d'une conception déterministe des interactions sociales, chaque instant d'une rencontre offre aux interactants des possibilités de confirmer ces statuts ou de les renégocier selon les enjeux relationnels de la connaissance, du pouvoir et des émotions engagés dans l'interaction. Nous présentons, pour chaque ordre interactionnel, les configurations de participation telles qu'elles se donnent à voir dans les données de la collection, issues à la fois du cadre interactionnel et des négociations qui surviennent dans les échanges. Nous montrons, extraits à l'appui, comment les rapports de place sont transformés grâce à des ressources interactionnelles mises en œuvre par les tandems, révélant les spécificités de la supervision. Pour chaque partie consacrée à l'un des ordres de l'interaction, nous commençons par un bref rappel du cadre théorique sur lequel repose les analyses subséquentes. Puis, nous présentons des analyses de séquences emblématiques de la collection, qui d'une part rendent compte des tendances générales des rapports de place dans la supervision, et qui d'autre part, les nuancent.

7.1. Les rapports de place dans l'ordre épistémique

Dans cette partie, nous montrons comment superviseurs et thérapeutes problématisent les enjeux de la relation thérapeutique par l'élaboration conjointe d'une signification partagée, au moyen de ressources interactionnelles épistémiques variées. Nous rendons compte des ressources mobilisées par les superviseurs et les thérapeutes dans la gestion des savoirs lors du travail sur la relation thérapeutique. Nous montrons comment les interactants recourent à différents territoires épistémiques pour contribuer à la supervision et aux différentes activités qu'elle comporte. Selon la littérature consacrée aux *epistemics* (Gradoux, 2017; Heritage, 2012a, 2018; Mondada, 2013; Stivers, Mondada, & Steensig, 2011b), les positionnements des participants à une interaction s'orientent en fonction des négociations permanentes à propos des savoirs en jeu dans l'échange, et en fonction des droits et devoirs qui leur sont attribués par la rencontre. Le contexte de la supervision est organisé selon un cadre contractuel institutionnel dans lequel le superviseur est reconnu comme appartenant à la catégorie sociale de l'expert clinicien et formateur. Il est considéré comme possédant une connaissance avancée des processus thérapeutiques (K+). Le superviseur est donc celui qui détient l'autorité et la responsabilité épistémique, en ce qu'il est attendu qu'il détienne un savoir à transmettre, une expertise et une expérience de la thérapie supérieurs à celle du thérapeute en supervision et qu'il entreprenne les actions nécessaires à la supervision. Le thérapeute, coparticipant et destinataire du superviseur, est reconnu comme la personne à former, à accompagner dans le développement de ses connaissances et de ses habiletés à soigner les patients. En ce sens, il est considéré comme possédant moins d'expertise dans le domaine de la thérapie et endosse un statut (K-). Toutefois, étant déjà professionnalisé en tant que psychologue ou psychiatre, il peut

afficher des connaissances et des expertises, telles les psychopathologies et les traitements, ainsi qu'une expérience de la thérapie en tant que thérapeute dans une institution de soins psychiatriques. Il détient également des informations de première main concernant la vie du patient, de ses difficultés (symptômes, fonctionnement relationnel, émotions douloureuses, etc.) et concernant les événements issus des entretiens thérapeutiques. Le superviseur n'a pas d'emblée accès à ces informations, ne connaissant pas le patient dans la plupart des situations travaillées en supervision. Les séances montrent donc le lien entre les attentes, les droits et les obligations du tandem superviseur-supervisé et l'activité de supervision elle-même avec les positionnements constamment négociés des interactants. Elles offrent des occasions de reproduire les statuts initiaux, liés au cadre et au contexte de la supervision, ou de remettre en question la répartition des connaissances, ainsi que les attributions de l'expertise. Ces mouvements ont pour effet de modifier les catégories concernées, les attentes qu'elles suscitent, les droits et les obligations de savoir, reconfigurant les rapports de place, d'expert (K+) et de non expert (K-), tours de parole après tour de parole et à mesure que le processus réflexif s'élabore conjointement.

7.1.1. Mise à jour des rapports épistémiques

Les trois extraits suivants sont emblématiques du rapport épistémique asymétrique de la relation de supervision telles que le cadre contractuel de la rencontre la présuppose et que les tandems confirment dans les positionnements réciproques.

Extrait « Confirmation du rapport épistémique asymétrique de la relation de supervision »

TF3a (39:03-56:21)

```

1  S  elle vit tes commentaires comme quelque chose d'abusif↓
2  T  ouais↓ c'est vrai↓(2.0)
3  S  et: sans doute ça va continuer(.)parce qu'elle euh: te vit comme quelqu'un
4     qui +euh: veut lui faire -fin j'sais pas la morale↑ tu veux lui faire rentrer&
5  T  +aligne les dossiers sur ses genoux ----->
6  S  &des choses dans son esprit et pis ELLE elle dit non↓ c'est pas ça↓
7     elle résiste de toutes ses forces à ça↓(3.0)
8  T  +hm hm↓
9     + écrit dans son dossier----->

```

Cet extrait est un exemple d'une séquence de travail sur la relation thérapeutique dans laquelle le superviseur produit des évaluations du fonctionnement de la patiente. Il décrit ses comportements en ayant recours à des verbes conjugués à la 3^e personne (*elle vit*, ligne 1 ; *elle euh: te vit*, ligne 3 ; *ELLE dit non*, ligne 6 ; *elle résiste*, ligne 7 ; *elle s'en défend ↑(.) elle aime pas*, ligne 14 ; *elle essaie*, ligne 15). En recyclant des informations issues des descriptions de la thérapeute hors transcription grâce à un discours rapporté direct (DRS) (*et pis ELLE dit non ↓c'est pas ça ↓*, ligne 6), il montre sa connaissance des événements survenus en thérapie comme s'il y était lui-même et justifie ainsi ses évaluations de la posture de la patiente (*elle vit tes commentaires comme quelque chose d'abusif↓*, ligne 1 ; *elle te vit comme quelqu'un qui euh : veut lui faire -j'sais pas la morale ↑ tu veux lui faire rentrer des choses dans son esprit*, lignes 3 ; 6). L'usage du DRS semble augmenter le degré de certitude des informations énoncées car il donne l'impression que le superviseur a été présent à l'entretien thérapeutique et qu'il a un accès direct au savoir (*epistemic access*). Toutefois, la source première de l'information reste le thérapeute et la connaissance du superviseur est indirecte concernant les comportements de la patiente en thérapie. Dans les lignes 1 à 7, le superviseur déploie des

ressources langagières qui attestent d'un accès épistémique à la situation clinique suffisant pour évaluer et interpréter les comportements de la patiente (*elle vit tes commentaires comme quelque chose d'abusif*↓, ligne 1 ; *elle résiste de toutes ses forces à ça*↓, ligne 7). Cet extrait indique également que le superviseur revendique le droit de produire une interprétation de la situation (*epistemic primacy*) grâce au DRS et à une relative autorité épistémique (celui d'être superviseur). C'est par ce statut qu'il prétend connaître ce genre de situations (*et : sans doute ça va continuer(.) parce que*, ligne 3). L'analyse séquentielle de cette interaction montre comment le superviseur forme ses tours de parole en fonction de la thérapeute (*epistemic responsibility*). Après une première évaluation de la posture de la patiente (ligne 1) qui est ratifiée par la thérapeute (*ouais*↓ *c'est vrai*↓, ligne 2), le superviseur développe son analyse (lignes 3-7). Il laisse le temps à la thérapeute de s'aligner pleinement en ne poursuivant son tour qu'après deux secondes de pause.

Du point de vue des rapports de place, la relation est dite asymétrique, du fait que le superviseur revendique une expertise clinique (K+) sur laquelle la thérapeute s'aligne en prenant une position complémentaire (K-) ; position visible par la ratification des évaluations proposées (lignes 2 et 8) et par la prise de notes synchrone au tour du superviseur (ligne 9). Ce dernier endosse pleinement l'activité d'enseignement en laissant trois secondes à la fin de son tour (ligne 7) au cours desquelles la thérapeute continue d'écrire sur son dossier. L'enseignement se déploie ensuite avec un long tour de parole du superviseur, la thérapeute s'alignant toujours sur l'activité en prenant des notes et en validant vocalement (*hm hm*, ligne 19).

```

10 S donc au fond: c'est la question du CONTRÔLE je crois↓ qui est en train de se
11 JOUER(.)elle(..)elle essaie↑ par tous les moyens de maintenir le contrôle sur
12 TOI↑ d'exercer toujours euh: de te faire TAIRE et pis toi tu joues ton rôle &
13 T ----->+
14 S &de thérapeute tu: tu continues↑(.)et et elle s'en défend↑(.)elle aime
15 pas↑(.) +elle essaie de: d'éviter d'être contrôlée↓(.)parce que je pense que&
16 T + écrit sur sa feuille ----- >>
17 S &si elle contrôle c'est que elle a peur↓ elle veut éviter d'être contrôlée↓(.)je
18 pense qu'on est un peu dans le:..hh dans le sadomasochisme hh
19 T hm hm (2.0)

```

Le superviseur reprend son tour en prolongeant le précédent et en effectuant une transition topicale : de l'évaluation de la posture de la patiente aux enjeux relationnels (*donc au fond : c'est la question du CONTRÔLE je crois qui est en train de se JOUER*, lignes 10-11). Le lexique insiste sur la notion de « contrôle » (lignes 10, 11, 15, 17) et sur la dynamique relationnelle duale thérapeute-patient, grâce à l'usage fréquent et alterné des pronoms de 2^{ème} et 3^{ème} personne (*elle, toi, te, tu*). L'expertise revendiquée par le superviseur est ancrée dans les domaines clinique et théorique. Plusieurs marqueurs épistémiques sont visibles dans cet extrait et renvoient à la littérature sur les modalités épistémiques (Gosselin, 2014, 2015). Le superviseur propose des opinions personnelles qui le positionnent (K+) sur ces domaines (*je crois*↓, ligne 10 ; *je pense que*, lignes 16, 17-19). Le degré de certitude semble toutefois atténué par le placement du « je crois » (ligne 10) en milieu d'énoncé (atténuateur parenthétique) et par son complément adverbial (*je pense qu'on est un peu dans le sadomasochisme*, ligne 18). Cette atténuation dans le positionnement épistémique du superviseur est intéressante en ce qu'elle manifeste une forme de prudence de la part du superviseur dans ses évaluations et dans ses interprétations concernant la thérapeute. Elle rappelle la dimension relative des droits de savoir, évoquée par Stivers et al. (2011). La primauté épistémique ne va pas de soi. Elle doit être validée dans l'interaction et ne peut pas être considérée comme acquise sans une

négociation dans la situation interactionnelle. Les indices vocaux et prosodiques renforcent les indices lexicaux d'une forme de prudence (*je pense qu'on est un peu dans le: .hh dans le sadomasochisme hh*, lignes 17-18). Le contenu sémantique de la notion de contrôle et de sadomasochisme peut constituer un élément de négociation topical ou de désaffiliation de la part de la thérapeute. L'évaluation de la posture de la patiente présente d'ailleurs moins de prudence (*je pense que si elle contrôle c'est qu'elle a peur ↓ elle veut éviter d'être contrôlée ↓*, lignes 15 et 17).

Cette analyse des rapports épistémiques nous montre que les statuts et les rôles des interactants sont confirmés dans les rapports de place relativement attendus dans ce genre d'activité de formation. Les ressources mobilisées par le superviseur sont multiples pour rendre compte de son accès aux informations indispensables à ses actions de supervision, telles que l'évaluation et l'enseignement. Elles lui permettent également d'endosser une certaine primauté épistémique qui l'autorise à proposer des cadrages théoriques potentiellement confrontants pour la thérapeute. L'analyse rend néanmoins compte d'une forme de prudence manifestée par des marqueurs d'atténuation dans la formulation de ses énoncés. Ces ajustements témoignent de la dynamique interactionnelle multimodale des positionnements épistémiques : les indices verbaux, vocaux et gestuels contribuent en effet à l'élaboration conjointe des enchaînements de tours.

Les activités d'évaluation des interventions du thérapeute et celles qui concernent la préparation d'une action future sont semblables du point de vue des rapports de place épistémiques. Nous présentons deux séquences emblématiques de ces activités. L'extrait suivant a fait précédemment l'objet d'une analyse dans le chapitre 4.4.2.2. Pour rappel, il s'inscrit dans une séquence lors de laquelle la thérapeute évoque une situation clinique avec un patient dont les parents sont âgés et qui amorce une période d'émancipation. Avant cet extrait, elle décrit avoir confié à son patient que son propre grand-père était décédé et elle explicite les raisons de ce dévoilement personnel et ses interrogations sur la pertinence thérapeutique de ce partage d'expérience.

Extrait « Évaluation des interventions du thérapeute »

TB3b (26:25 - 32:55)

86 T donc voilà on a un peu discuté je me suis dit que:(.)voilà↑ que c'était comme
87 une manière de: d'apporter quelque chose de:(.)à sa réflexion sur la vieillesse
88 et puis euh:
89 S je pense que c'est bien parce que tout ce que tu: tu as fait là avec lui↑ c'est
90 que(.)de parler des étapes à venir↓ d'atten:te de voya:ges des cou:rses de
91 maman: de(.)donc c'est c'est des étapes de vie à venIR c'est tout dans la
92 réflexion préparation là-dessus↑ et: moi je trouve c'est excellent↑
93 EXCELLENT(2.0)

La superviseure s'auto-sélectionne alors que l'énoncé de la thérapeute n'est pas complet (ligne 89). Elle évalue positivement l'action de la thérapeute en débutant son tour par une assertion typique d'une opinion personnelle grâce au marqueur épistémique « je pense que » (*je pense que c'est bien*, ligne 89). Cette énonciation place la superviseure en position haute du point de vue de la primauté épistémique. De par son statut de formatrice et thérapeute experte, elle détient une autorité sur les pratiques thérapeutiques pertinentes. Elle a des droits à ce savoir clinique et les revendique clairement. Elle les argumente ensuite avec des informations recyclées de la description clinique faite par la thérapeute hors transcription (*parce que tout ce que tu: tu as fait là avec lui ↑ [...] de parler des étapes à venir ↓*, lignes 89-90) et avec des notions

théoriques liées aux étapes du cycle de vie (*c'est des étapes de vie à venir c'est tout dans la réflexion préparation là-dessus ↑*, lignes 91-92). Elle manifeste non seulement sa primauté épistémique mais également son accès aux éléments cliniques de la situation particulière convoquée dans la supervision. Elle clôt son tour de parole par un marquage prononcé de son positionnement épistémique d'experte (K+), en soulignant son évaluation par une accentuation (*et: moi je trouve c'est excellent ↑ EXCELLENT*, lignes 92-93).

Cette analyse s'inscrit en continuité de la précédente dans l'asymétrie des rapports de place épistémiques qui indiquent une prise de position haute de la part de la superviseure. Cette configuration est pertinente et significative de celles observées dans les activités d'évaluation en supervision. Aucune séquence de notre collection n'a montré de négociation dans cette répartition de l'autorité épistémique entre superviseurs et thérapeutes.

L'extrait suivant se situe à la fin d'une séquence lors de laquelle le tandem a élaboré une signification partagée des enjeux de la relation thérapeutique. Pour rappel, la thérapeute avait évoqué des sentiments de frustration, d'agacement, d'impuissance face à la difficulté de la patiente à aborder les problèmes de fond de la dépression. La thérapeute formulait le besoin d'être rassurée par la superviseure concernant des interventions confrontantes qu'elle avait menées en thérapie.

Extrait « Préparation de l'action future »

TA6 (44:45 - 53:48)

77 S je pense que tu peux lui expliquer un peu comment NOUS on la perçoit↓
78 T hm hm↓
79 S mais t'es okay avec c'qu'on [dit là↑ ou bien↓
80 T [*oui↓ (0.5) oui↓ (1.0) oui parfait↓(0.5)
81 * hoche la tête ----- >+
82 bein ça va bien↑ j'avais juste besoin d'être un[peu rassurée sur mon &
83 S [hm↓ ouais
84 T & attitude↓
85 S ouais↓

La superviseure énonce son opinion experte de ce que la thérapeute peut entreprendre comme action auprès de la patiente face à sa difficulté à élaborer une nouvelle représentation de ses difficultés psychologiques (*je pense que tu peux expliquer un peu comment NOUS on la perçoit ↓*, ligne 77). L'usage du marqueur épistémique « je pense que » place la superviseure en position haute du point de vue de la primauté épistémique pour les interventions à mener. Cependant, malgré l'alignement de la thérapeute (*hm hm ↓*, ligne 78), la superviseure reprend son tour et enchaîne avec une question (*mais t'es okay avec c'qu'on dit là ↑ ou bien ↓*, ligne 79), ce qui rend compte de la responsabilité épistémique, endossée par la superviseure. Elle formule son énoncé de sorte à solliciter une réponse de la part de la thérapeute, c'est-à-dire sous la forme d'une première partie de paire adjacente qui implique une réponse dans le tour de parole suivant. Du point de vue du positionnement épistémique, la superviseure indique par la forme interrogative de son énoncé, qu'elle ne sait pas ce que pense la thérapeute. Elle sollicite une information, induisant par cette action un changement de rapport de place, d'une position haute (experte) à une position basse (en recherche d'information, K-). La thérapeute prend son tour en chevauchement compétitif (*oui ↓ (0.5) oui ↓(1.0) oui parfait ↓*, ligne 80). Elle s'aligne et produit la seconde partie de la paire adjacente qui ratifie son affiliation à la proposition de la superviseure. Elle complète sa réponse après une pause qui n'est pas saisie par la superviseure comme une occasion de reprendre son tour. Ce prolongement semble indiquer que la

thérapeute interprète ce silence comme une responsabilité de compléter l'information sur sa posture (*bein ça va bien ↑ j'avais juste besoin d'être un peu rassurée sur mon attitude*, lignes 82 et 84). La séquence se clôture par une validation de la superviseure (*hm ↓, ouais*, ligne 83 ; *ouais ↓*, ligne 85).

Ces trois séquences sont intéressantes et emblématiques des phénomènes observés dans la collection. Elles montrent comment les rapports de place épistémiques, bien que répondant à un cadre interactionnel contextuel, s'actualisent et se renégocient dans la situation d'interaction, reconfigurant sans cesse les positionnements des participants. L'accès aux connaissances nécessaires à l'activité en cours, la primauté épistémique et la responsabilité de formuler les énoncés en fonction de ce que les locuteurs perçoivent des connaissances de leurs interlocuteurs orientent les positionnements de chaque participant en fonction de l'autre. La figure suivante schématise ces rapports de place :

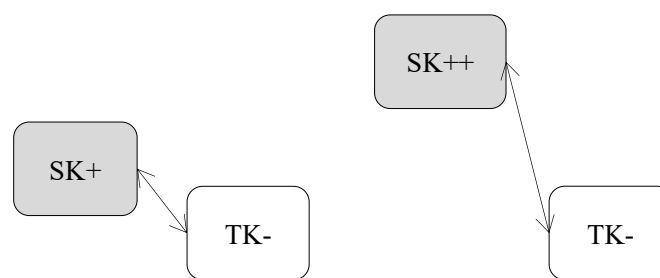


Figure 21: Rapports de place épistémiques institués et ratifiés

Rôles et statuts dans la relation de supervision distribuent les places selon le cadre de l'interaction et se voient confirmés dans la majorité des séquences de la collection. Le superviseur, en tant que formateur, détient une légitimité et une autorité épistémiques qui définissent un rapport asymétrique dans lequel le superviseur est expert (SK+) et le thérapeute se trouve dans le statut complémentaire (TK-). Les savoirs théoriques et expérimentaux cliniques constituent les territoires d'expertises du superviseur et orientent les positionnements réciproques des interactants. Les activités d'enseignement rendent compte d'une complémentarité instituée et accentuent la pente asymétrique (SK++/TK-). Il est attendu que le superviseur mobilise des savoirs experts au plan théorique et clinique dans l'explication ou la démonstration pour rendre disponibles au thérapeute de nouvelles connaissances utiles à son développement et à ses apprentissages. Les actions d'interprétation du registre affectif signent également une asymétrie augmentée du superviseur par rapport au thérapeute en ce qu'elles rendent manifestes des connaissances détenues par le superviseur et non directement accessibles au thérapeute (voir 6.3.1.2) Elles indiquent une prise de position experte du superviseur par rapport au thérapeute.

7.1.2. Bascule des places épistémiques

Cependant, pour que la supervision se réalise, les analyses montrent que le superviseur doit accéder à un certain niveau de connaissance des situations cliniques convoquées par le thérapeute dans la supervision. Il doit obtenir des informations concernant les patients, les suivis, les traitements, les événements significatifs tels que repérés par le thérapeute, les sensations et les émotions du thérapeute. Pour accéder à ces informations, le superviseur se positionne en tant que non sachant (SK-), afin d'accéder aux connaissances nécessaires à sa

compréhension des enjeux de la relation thérapeutique. Les rapports sont alors (TK+/SK-). Le repérage des paires adjacentes comme les « questions-réponses » indiquent par exemple l'état du savoir des interactants à propos du topic de la séquence interactionnelle. Lorsque le superviseur questionne le thérapeute à propos du patient, il se positionne comme « non-sachant » (SK-) et sollicite des renseignements supposément disponibles chez le thérapeute. Lorsque ce dernier produit une réponse à la première partie de paire adjacente, il s'aligne à l'activité en cours en renseignant le superviseur ; il prend alors la position de partenaire « sachant » (TK+), complémentaire à celle du superviseur. Les extraits suivants rendent compte d'exemples issus de nos données qui mettent en évidence les ressources langagières dans ces positionnements interactionnels.

Extraits « Se renseigner »

TD2a (13:38-14:18)

22 S hm pis elle a fait les groupes alors: complètement↑
 23 T elle a fait les groupes burn out↑ elle- je crois pour des raisons
 24 professionnelles elle a pas fait celui du mercredi mais elle a fait très
 25 sérieusement le groupe du lundi↓(.)je vais commencer par les- par les
 26 résonnances parce que parce que c'est une patiente que je pourrais m'endormir
 27 à chaque séance quoi↓
 28 S ouais

Après un début de séquence (hors transcription) lors de laquelle le thérapeute décrit la situation clinique de la patiente, le superviseur énonce une question à propos de ses activités thérapeutiques (*hm pis elle a fait les groupes alors : complètement ↑*, ligne 22). Cette première partie de paire adjacente positionne le superviseur dans une asymétrie épistémique inversée, comparée à celles présentée précédemment. Il sollicite le thérapeute dans une activité de renseignement dans laquelle le territoire épistémique d'expertise se situe dans la connaissance du patient et de son suivi. Le thérapeute est le participant qui a l'accès aux informations, en ce qu'il est celui qui sait (K+), qui a le degré de certitude le plus haut dans le domaine en question, qui est la source de l'information requise et qui a le savoir le plus direct. La réponse produite (lignes 23-25) décrit les faits en alignement topical. Après une micro pause, le thérapeute initie alors une nouvelle phase de l'activité de renseignement sur un autre territoire épistémique, celui de son vécu subjectif (*je vais commencer par les-par les résonnances*, lignes 25-26). Malgré la transition topicale, le rapport de places épistémique reste le même (SK-/TK+).

Dans cette activité « renseignement », le superviseur peut également soutenir l'activité de supervision sans poser de questions d'investigation :

TC1b (22:15 –32:20)

1 T et l'enfant du couple actuel a vingt et un ans et fait des études et il est
 2 aussi parti donc tous les enfants étaient partis à l'époque↓
 3 S ouais
 4 T et c'est là qu'il y a une première cassure(.)et c'que j'me rappelle c'est
 5 qu'voilà c'était un monsieur très opératoire
 6 S hm hm
 7 T toujours très opératoire euh très peu dans les émotions: voilà↑
 8 S dans la gestion
 9 T opératoire vraiment opératoire↓ d'une pauvreté émotionnelle et de- les
 10 entretiens qui m'ennuient vraiment ça m'ennUIE
 11 S hm hm
 12 T je rame je rame je rame et puis lors de la dernière hospitalisation:

Le superviseur se positionne en soutien à l'explicitation des informations de la thérapeute et produit des marqueurs d'alignement (*ouais*, ligne 3), des continueurs vocaux (*hm hm*, lignes 6 et 11) ou des relances (*dans la gestion*, ligne 8). L'interaction rend manifeste l'asymétrie des connaissances mobilisées et énoncées, en ce que les tours de paroles sont quantitativement supérieurs pour le thérapeute, comparés à ceux du superviseur et qualitativement marqué par un accès épistémique du domaine de la connaissance du patient : son histoire de vie (lignes 1-2), un évènement psychologique marquant (*c'est là qu'il y a une première cassure*, ligne 4), le fonctionnement psychologique (*c'était un monsieur très opératoire*, ligne 5 ; *toujours très opératoire euh très peu dans les émotions*, ligne 7) ainsi que le vécu affectif de la thérapeute dans le suivi du patient (*les entretiens qui m'ennuient vraiment ça m'ennuie*, lignes 9-10 ; *je rame je rame je rame*, ligne 12). Ces domaines constituent le territoire d'expertise de la thérapeute, ce qui lui confère une primauté épistémique et configure le rapport de manière asymétrique.

Comme dans la configuration asymétrique précédente (SK+/TK- ou TK+/SK-), la pente peut varier en fonction du domaine d'expertise et des positionnements réciproques des interactants. Lorsque le thérapeute impose un savoir expert, il accentue l'asymétrie de la pente (TK++/SK-). La figure suivante présente ces phénomènes :

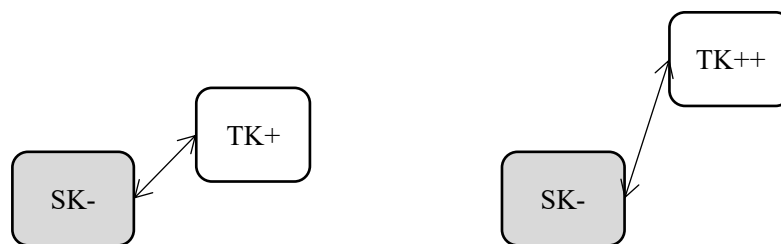


Figure 22: Rapports de place basés sur les territoires épistémiques du thérapeute

Bien que les statuts épistémiques puissent être confirmés dans la relation momentanée, les analyses rendent compte des ajustements de positions qui sont nécessaires pour que l'activité de supervision se déploie. L'accès aux informations des domaines de connaissances du thérapeute oriente les actions interactionnelles du superviseur, en sorte qu'il accède aux renseignements indispensables à ses interventions (cadre théorique, évaluation, reconnaissance, interprétation, etc.). Lorsqu'il questionne le thérapeute sur le territoire épistémique de ce dernier, l'asymétrie s'accroît. Lorsque les tandems abordent les enjeux de la relation thérapeutique, nous avons décrit que la posture affective du thérapeute peut être convoquée par celui-ci et reconnue par le superviseur précédemment (voir le chapitre 5 dédié à l'affectivité). Selon la littérature sur les *epistemics* (voir chapitre 1.2.1), ce territoire épistémique octroie au thérapeute une position (K+) de par son accès à la connaissance de sa propre expérience (*epistemic access*) et de par sa primauté au domaine de ce savoir (*epistemic primacy*).

Dans l'activité de problématisation, comme dans celle du renseignement, le superviseur peut se placer en position non sachante (SK-) en posant une question qui thématise une dimension centrale dans le processus réflexif de la posture affective du thérapeute. Ce positionnement appelle la position complémentaire de la part du thérapeute qui, s'il s'aligne sur la proposition, prend une position experte (TK+), utile à l'explicitation d'un aspect resté tacite ou incomplet dans l'évocation de la situation thérapeutique. Dans l'extrait suivant, ce phénomène de bascule

des places est renforcé par la question de la superviseure, alors que la thérapeute se positionne d'abord de manière « non sachante » (TK-) :

Extrait « Problématiser »

TE4c (29:09-36:46)

```
15 T +je sais pas si c'était la bonne(1.0)réaction [>$mais c'est vrai que ce qui &
16 +hausse les épaules, lève les sourcils, regarde au plafond
17                               $hausse les sourcils, bouge
18 les mains rapidement, roule les yeux de gauche à droite----->
19 S                               [et COMMENT tu te s-
20 T & est DUR< c'est qu'il me met souvent en difficulté le père↓ alors je suis
21 aussi: vite MOI à commencer à:=
22 ----->$
23 S =*JUSTEMENT comment tu te SENS quand tu fais +ça↓(3.0)
24 *hoche la tête----->+
25 T                               +détourne le regard au loin-->
```

La thérapeute énonce son doute quant à sa posture (*je sais pas si c'était la bonne (1.0) réaction*, ligne 15). Elle poursuit en justifiant sa « réaction » par les actions du père de son patient et ses effets sur elle (*ce qui est DUR c'est qu'il me met souvent en difficulté le père et je suis [...]*, lignes 15, 20-21). Du point de vue épistémique, la thérapeute énonce ne pas savoir ce qui constitue une posture adéquate. Elle renonce et décline un accès expert dans le domaine de la connaissance de soi, qui *a priori* constitue un territoire d'expertise typique des thérapeutes. Elle enchaîne sur un autre domaine, celui de la connaissance des autres par observation des comportements du père et des effets sur ses propres comportements. Sur ce territoire épistémique-ci, elle se montre plus assertive en recourant à l'expression (*c'est vrai que*, ligne 15). La superviseure, quant à elle, initie une relance sous la forme d'une première partie de paire adjacente qu'elle interrompt en cours d'énonciation (*et COMMENT tu te s-*, ligne 17). Elle reprend la formulation de sa question en réorientant le topic vers le domaine de la posture affective de la thérapeute (*JUSTEMENT comment tu te SENS quand tu fais ça↓*, ligne 23). Elle accentue les termes « justement » et « sens », signifiant par ces ressources vocales que la trajectoire topicale souhaitée se situe dans le domaine de la connaissance de soi, abandonné par la thérapeute. Il est intéressant de relever que, malgré la forme interrogative de l'action de supervision, qui place en principe le locuteur dans une position (K-), l'expertise de la superviseure est manifeste. Elle dirige le cours de l'interaction sur un territoire épistémique plus faible pour la thérapeute, domaine où le développement d'une connaissance semble souhaité. Par sa question, et la position épistémique basse qu'elle suppose, la superviseure place la thérapeute en position complémentaire, qui l'invite à produire une connaissance par explicitation thématique. La suite de l'interaction s'oriente vers l'autoréflexivité de la thérapeute. Cet usage des positionnements épistémiques pourrait constituer un ingrédient de la professionnalité du superviseur.

Les analyses montrent que les tandems s'orientent généralement vers une reconnaissance réciproque des territoires épistémiques ; ceux-ci confèrent au thérapeute une relative autorité épistémique des domaines de connaissance centrés sur le patient et sur lui-même et au superviseur une expertise théorique et clinique. Cette distribution conjointe, visible dans les positionnements réciproques et dans les trajectoires topicales, confirme les statuts épistémiques du clinicien formateur et du praticien apprenant, malgré les bascules d'asymétrie nécessaires aux activités de supervision telles que le renseignement ou la problématisation et aux actions du superviseur dans sa reconnaissance de la posture affective du thérapeute. Les

recherches dans le domaine des *epistemics* (voir le chapitre 1.2.1) soulignent la nature dynamique de ces rapports de place, les statuts se voyant constamment renégociés dans la situation interactionnelle particulière. Les positionnements des interactants confirment ou défient ces statuts par des revendications d'accès ou de primauté différentes selon les expertises réellement engagées dans les interactions.

7.1.3. La mise en abyme des rapports épistémiques

Une analyse fine du premier extrait analysé dans ce chapitre nous permet de relever un phénomène de mise en abyme des rapports de place épistémiques de la relation thérapeutique dans l'interaction de supervision. Nous proposons de revenir sur ce court extrait et de déployer les outils analytiques des *epistemics* pour rendre compte de ce phénomène :

Extrait « Mise en abyme »

TF3a (39:03-56:21)

```

1  S elle vit tes commentaires comme quelque chose d'abusif↓
2  T ouais↓ c'est vrai↓(2.0)
3  S et: sans doute ça va continuer(.)parce qu'elle euh: te vit comme quelqu'un
4  qui +euh: veut lui faire -fin j'sais pas la morale↑ tu veux lui faire rentrer&
5  T +aligne les dossiers sur ses genoux ----->
6  S &des choses dans son esprit et pis ELLE elle dit non↓ c'est pas ça↓
7  elle résiste de toutes ses forces à ça↓(3.0)
8  T +hm hm↓
9  +écrit dans son dossier----->

```

L'analyse topicale de cet extrait permet d'identifier un thème central, celui de la relation conflictuelle entre la thérapeute et sa patiente, et quatre sous-thèmes que sont :

- a. le vécu subjectif de la patiente (*elle vit, abusif*, ligne 1 ; *elle euh: te vit comme*, ligne 3)
- b. la prédiction du superviseur concernant la trajectoire interactionnelle de la relation thérapeutique (*et : sans doute ça va continuer*, ligne 3)
- c. les intentions supposées de la thérapeute à l'égard de la patiente (*quelqu'un qui euh: veut lui faire, tu veux lui faire des choses dans son esprit*, lignes 4 et 6)
- d. les réponses comportementales de la patiente (*ELLE elle dit non↓*, ligne 6 ; *elle résiste de toutes ses forces à ça↓*, ligne 7).

Si l'on mobilise les outils analytiques des positionnements épistémiques, on observe que le travail du tandem de supervision concerne les phénomènes de désaccord et d'intrusion épistémique (Bristol & Rossano, 2020) dans les interactions entre la thérapeute et sa patiente. Pour rappel, chaque personne a le droit d'en savoir plus que les autres concernant ses propres expériences, c'est-à-dire concernant son état physique, mental et émotionnel. Adopter une position autoritaire sur ces domaines de connaissances à propos d'une autre personne peut être socialement inacceptable. Considérant les topics identifiés dans cet extrait, deux se rapportent à des territoires épistémiques individuels qui ne supportent pas l'intrusion (ibidem) : le vécu subjectif (a) et les motivations personnelles (c). Le superviseur rend visible à la thérapeute l'hypothèse d'une transgression des territoires épistémiques. Tout d'abord, la notion d'abus (ligne 1) renvoie à l'usage d'une autorité inappropriée dans la formulation des commentaires de la thérapeute à la patiente (*elle vit tes commentaires comme quelque chose d'abusif*, ligne 1). Ensuite, la notion de manipulation énoncée par le superviseur (*elle te vit comme quelqu'un qui veut lui faire [...] la morale tu veux lui faire rentrer des choses dans son*

esprit, lignes 3-4, 6) indique que la patiente interprète ses actions thérapeutiques comme une intrusion, puisque cet énoncé est utilisé comme argumentation à l'énoncé précédent grâce à la conjonction de subordination « parce que » (ligne 3). Le superviseur relève finalement ces deux indices comme facteurs de tension relationnelle entre la thérapeute et la patiente, qui ont comme effet interactionnel la désaffiliation (*et pis ELLE elle dit non ↓ c'est pas ça ↓*, ligne 6) et la résistance de cette dernière (*elle résiste de toutes ses forces à ça ↓*, ligne 7).

Les rapports de place épistémiques constituent l'un des enjeux de la relation de supervision, en ce qu'ils configurent les interactions au plan de la négociation des savoirs engagés dans l'échange. Pour agir, le superviseur évalue constamment son niveau de connaissances concernant la situation clinique présentée, son droit de revendiquer une expertise supérieure à celle du thérapeute et la manière de formuler ses énoncés en fonction de ce qu'il perçoit des connaissances du thérapeute à propos d'un certain domaine de savoir. Ses actions visent à apporter de nouvelles connaissances après avoir obtenu les renseignements nécessaires pour problématiser les difficultés rencontrées par le thérapeute. Il ajuste sa position au fur et à mesure de son observation de la réception de ses énoncés par la thérapeute (*recipient design of actions and turns*). De même, la relation thérapeutique requiert de la part des interactants, et du thérapeute en particulier, une attention accrue à la manière de se positionner dans l'interaction au patient, du point de vue de l'accès, de la primauté et de la responsabilité épistémique (Weiste et al., 2016). Pour agir de manière pertinente et efficace auprès de leurs destinataires, superviseurs et thérapeutes ajustent la formulation de leurs énoncés en fonction de ce qu'ils connaissent de leurs coparticipants (les patients pour les thérapeutes et les thérapeutes pour les superviseurs) ; ils sont amenés à solliciter davantage d'informations pour augmenter leur degré de certitude et la quantité de connaissances disponibles. Ils conçoivent leurs tours de parole de sorte à adapter leurs actions continuellement au fur et à mesure des indices d'alignement et d'affiliation (ou l'inverse) provenant des interlocuteurs. Cette base co-construite dans l'interaction leur permet de concevoir un environnement interactionnel propice à la formulation de cadrages théoriques ou d'interprétations défiantes qui, elles, visent à initier une auto-réflexion chez, respectivement, le thérapeute pour le superviseur et le patient pour le thérapeute.

Ainsi, la supervision s'avère un espace interactionnel d'apprentissage de deux sortes. D'une part, les tandems analysent les contenus descriptifs des interactions entre le thérapeute et son patient sur leurs rapports épistémiques. Dans ce travail analytique, superviseurs et thérapeutes élaborent une signification partagée des enjeux relationnels liés aux rapports de place épistémiques dans l'activité de thérapie, identifiant ce qui, dans les actions des thérapeutes, peut menacer l'élaboration collaborative d'une signification des problèmes du patient. D'autre part, la supervision constitue également et en même temps, un environnement pour l'apprentissage expérientiel des enjeux épistémiques dans l'interaction. Les négociations des rapports de place entre le superviseur et le thérapeute concernant les savoirs en interaction permettent au thérapeute de faire l'expérience de différentes positions épistémiques dans une interaction duale. Il fait l'expérience de la place de celui qui n'a pas l'autorité épistémique, car il est celui à propos duquel une interprétation est faite ; mais il fait également l'expérience de la position qui détient l'accès épistémique (K+) : le superviseur ne détient pas, en effet, *a priori*, les informations nécessaires pour produire des actions de supervision pertinentes. Il peut ainsi l'observer mobiliser des ressources pour obtenir un accès suffisant à ces connaissances. En ce sens, la supervision est un environnement dans lequel la relation thérapeutique est mise en abyme du point de vue de l'accès, de la primauté et de la responsabilité épistémique.

7.2. Les rapports de place dans l'ordre déontique

Les enjeux de pouvoir entre les personnes constituent un phénomène social inévitable. La littérature en analyse interactionnelle et conversationnelle souligne que c'est dans les interactions entre individus que le pouvoir se construit, se négocie et se maintient (M. Stevanovic, 2013b, 2018; M. Stevanovic & Peräkylä, 2012). Selon ces approches, il existe deux sortes d'autorité : l'autorité épistémique (voir les chapitres 2.2.1 et 7.1) et l'autorité déontique (voir le chapitre 2.2.2), qui est définie comme le pouvoir légitime d'une personne à déterminer l'action d'une autre personne, ou comme la capacité à déterminer ses propres actions (M. Stevanovic, 2018). Les questions de pouvoir et d'autorité sont des notions qui trouvent un ancrage et une expression dans les interactions entre les individus. Les positionnements réciproques des interactants rendent compte des phénomènes d'ajustements permanents de ces rapports de pouvoir.

Dans le cadre d'une supervision, les statuts déontiques des participants octroient au superviseur le droit de piloter les étapes de la supervision (l'agenda interactionnel), en ouvrant ou en clôturant la séance et en proposant des changements topicaux. En ce sens, le superviseur endosse une autorité déontique dite « proximale ». Il est responsable des activités de supervision comme enseigner et problématiser. Lorsque le superviseur ne travaille pas dans la même institution de soins que le thérapeute, il endosse un rôle fonctionnel de conseil sans le rapport hiérarchique qui lui donnerait un pouvoir décisionnel sur le thérapeute. Par contre, lorsque les deux participants à la supervision sont au sein de la même institution, le statut déontique du superviseur lui confère, dans certains cas, une place hiérarchique supérieure à celle du thérapeute. Dans ce cas, il revendique une autorité déontique dite « distale » : elle lui octroie le droit d'assigner des tâches dans le déroulement de la séance ou dans le travail thérapeutique avec les patients au sein de l'institution. L'activité de supervision qui consiste à préparer les actions futures relève de cette autorité déontique distale.

Dans ce chapitre, nous décrivons les dynamiques interactionnelles, telles qu'elles se donnent à voir dans les pratiques réelles de supervision. Nous montrons comment le pouvoir est légitimé ou contesté dans le cadre institutionnel de la supervision et comment les asymétries de pouvoir sont transformées au cours des échanges. D'une part, nous décrivons les conduites des personnes dans le contrôle de l'agenda des séances et lors de séquences d'actions, comme les ouvertures, les clôtures, celles qui indiquent les statuts, les rôles et les droits des participants dans les interactions de supervision. D'autre part, nous montrons que les pratiques de persuasion et de négociation sont également observables dans le déroulement séquentiel des interactions et dans les productions multimodales des participants. Elles constituent des actions d'influence sur les trajectoires topicales et sur les configurations de participation des tandems.

7.2.1. Le contrôle de l'agenda interactionnel : une autorité déontique proximale

Les deux premiers extraits donnent à voir l'asymétrie déontique des tandems de supervision dans l'organisation des séances. L'ensemble de la collection indique que ce sont les superviseurs qui détiennent le pouvoir d'ouvrir et de clore les séances et que les thérapeutes valident ce droit en s'alignant sur les actions des superviseurs dans ces séquences. Comme présenté dans le chapitre 5.1., la majorité des ouvertures de supervision comprend une séquence plutôt badine, dédiée à des échanges d'informations personnelles et initiée par les superviseurs. L'extrait analysé ci-dessous permet d'observer que malgré les prises d'initiatives du thérapeute dans les tours de parole, ce dernier s'aligne sur les indications du superviseur pour développer les topics, indiquant ainsi que l'autorité déontique se situe en la personne du superviseur.

TD1a (00:18 - 01:03)

```
1 T <<+feuillette les pages de son dossier posé sur ses genoux -->
2 ALORS::(1.0) [euh:
3 ----- >+
4 S [comment vas-tu↑
5 T regarde S
6 je m'réjouis des vacances qui arrivent↓ (0.2) des longs weekends
7 S parfait↓
```

L'analyse topicale de l'extrait montre que le thérapeute se prépare à l'interaction en feuilletant son dossier sans regarder le superviseur (ligne 1) et en produisant un début de tour de parole hésitant (*ALORS::(1.0) euh:*, ligne 2). Le superviseur s'auto-sélectionne en chevauchement de tour compétitif, avec une première partie de paire adjacente (*comment vas-tu ↑*, ligne 4). Cette question concernant le domaine personnel plutôt que le domaine clinique apparaît comme un désalignement et une incongruence topicale, puisque le thérapeute semble s'orienter vers la présentation de son cas clinique (feuillette les pages de son dossier, ligne 1).

Le premier tour de parole, produit par le thérapeute, est hésitant (allongements vocaliques, pause, marqueurs vocaux d'hésitation, syntaxe incomplète de l'énoncé, ligne 1), ce qui indique une position déontique faible. Le superviseur confirme ce rapport de places déontique en formulant une première partie de paire adjacente, qui indique une revendication des droits d'initier le premier topic de la séance. Le thérapeute interrompt la lecture de son dossier pour s'aligner sur la proposition topicale et énoncer la réponse à la question. Les positionnements dans la relation momentanée est déontiquement congruente avec les statuts basés sur le cadre de l'interaction, c'est-à-dire un statut haut pour le superviseur (SD+) et un statut bas pour le thérapeute (TD-). Si l'on envisage que le thérapeute revendique une position déontique supérieure par le fait de prendre le premier tour de parole, alors le second tour, pris par le superviseur, présente une incongruence déontique. En effectuant une transition topicale et en formulant son tour sous forme d'une première partie de paire adjacente, le superviseur modifie les rapports de place déontiques et surclasse sa propre position par rapport à celle initialement proposée par le thérapeute. Dans ces deux hypothèses analytiques, les participants configurent une asymétrie déontique (SD+/TD-) et, de ce fait, confirment les statuts déontiques, maintiennent le cadre interactionnel de la supervision et déterminent conjointement la dynamique des places pour la séance.

Le travail de supervision débute parfois sans préambule et directement avec la présentation de la situation clinique proposée par le thérapeute. La séquence suivante est issue de la collection spécifique du travail sur la relation thérapeutique et montre la revendication déontique

proximale du superviseur, dans son contrôle de l'agenda de la séance. Après une phase d'accueil et de gestion administrative des horaires (hors transcription), le thérapeute initie une phase de renseignement à partir d'une situation clinique qu'il annonce (lignes 1-3).

TD2 (08:06 - 12 :50)

1 T .hh euh: aujourd'hui: j'voulais t'parler d'une patien::te euh (2.0)
2 .hh je sais pas si je t-j'ai l'impression de t'en avoir d'jà parlé il y a
3 pas mal de temps=
4 S =ouais↑
5 T [même si
6 S [AH:: j'fais une toute petite parenthèse parce que du coup on en a parlé la
7 dernière fois(2.0)madame zelin
8 T oui qui revient là=
9 S =voilà↓ qui est arrivée hier↓

Dans un premier temps, le superviseur s'aligne sur cette ouverture d'étape, par un enchaînement rapide des tours (lignes 3-4). Il valide la proposition topicale (*ouais ↑*, ligne 4) avec une intonation montante en fin de tour qui marque un encouragement à continuer. Pourtant, alors que le thérapeute s'oriente vers une suite syntaxique de son énoncé en ligne 3, le superviseur interrompt le thérapeute et s'auto-sélectionne. Le superviseur prend le contrôle de l'agenda de la séance ce qui se manifeste par le chevauchement compétitif de tours et l'énoncé sans continuité syntaxique avec le tours précédent (*AH:: j'fais une toute petite parenthèse*, ligne 6). Il initie une transition topicale abrupte, qu'il atténue avec une ressource langagière méta discursive (*j'fais une toute petite parenthèse*, ligne 6) en justifiant cette interruption par le fait qu'ils en ont parlé précédemment (*parce que du coup on en a parlé la dernière fois*, lignes 6-7). Le thérapeute ne s'aligne pas tout de suite sur la transition topicale (pause de deux secondes, ligne 7). Le superviseur complète l'information en donnant le nom de la patiente dont il souhaite parler (*madame zelin*, ligne 7). Le thérapeute s'aligne alors sur ce changement topical (*oui*, ligne 8) ; il confirme qu'il connaît la patiente nommée par le superviseur en complétant l'énoncé du tour précédent du superviseur (*qui revient là*, ligne 8). Le superviseur ratifie (*voilà ↓*, ligne 9), ajoute une précision dans la continuité syntaxique de son propre tour de la ligne 7, et développe le topic (*qui est arrivée hier ↓*, ligne 9).

Du point de vue des rapports déontiques, cet extrait montre les ressources langagières du superviseur dans les négociations des rapports de place. Son intervention (ligne 6) indique un désalignement qui témoigne d'une prise de contrôle sur la trajectoire topicale et d'un positionnement déontique augmenté (D+). Il change le cours de l'interaction et impose son propre agenda. Face à ce positionnement, le thérapeute s'aligne et prend la position complémentaire (D-) et produit des énoncés qui contribuent au développement du topic imposé par le superviseur, bien que son propre topic ait été interrompu. Cette revendication déontique proximale du superviseur n'est pas contestée par le thérapeute et confirme les statuts déontiques des rapports de supervision. Durant les quatre minutes suivantes (hors transcription), le tandem développe une analyse des raisons de la ré-hospitalisation de la patiente, que le thérapeute connaît bien pour l'avoir suivie lors d'une précédente hospitalisation. L'extrait ci-dessous présente la transition topicale pour revenir au premier sujet de la supervision, initialement amorcé par le thérapeute :

TD2 (12 :40-12 :50)

10 T aussi elle-même s'est un petit peu responsabilisée parce que xxx
11 °enfin bon↓ bref↓ voilà↓° (0.5)

12 S °et pis celle d'aujourd'hui↑ou [celui d'aujourd'hui↑
 13 T [alors +CELLE d'aujourd'hui↓ c'est une
 14 + regarde dans son cahier
 15 patiente qui est venue dans notre institution↑qui est pas du tout passée par
 16 l'hospitalier↑

Après un long échange concernant l'évolution de la thérapie, l'énoncé du thérapeute se conclut (ligne 10-11) avec des signes d'épuisement topical marqué par des formes lexicales typiques (enfin bon, bref, voilà) et des marques vocales (diminution du volume de la voix, intonations tombantes, silence) typiques d'énoncés conclusifs. Lors des deux transitions topicales observées (lignes 5-6 et 11-12), le superviseur s'auto-sélectionne ; la première fois de manière compétitive en chevauchement, interrompant le développement du thérapeute et la seconde fois, de manière non compétitive, marquant une pause après l'énoncé du thérapeute avant de prendre la parole, initiant la transition topicale sans précipitation. La première transition marque clairement la position déontique haute du superviseur par la manière de prendre son tour, mais également par l'assertion directive de l'énoncé (*j'fais une toute petite parenthèse*, ligne 6) qui impose le nouveau sujet de l'échange. La seconde transition est un peu différente en ce qu'elle survient de manière moins abrupte dans la séquentialité et en ce qu'elle se présente sous la forme d'une première partie d'une paire adjacente « question-réponse ». La transition est confirmée par le thérapeute qui s'aligne sur la reprise du thème, par un chevauchement des tours (lignes 12-13) pour produire la seconde partie de la paire adjacente et répondre à la question du superviseur. Le volume bas de la voix du superviseur s'ajuste à celui du thérapeute, atténuant le contraste du changement topical et l'asymétrie déontique.

La question des rapports de place dans les interactions implique le traitement réciproque des productions langagières multimodales des participants. Ainsi, l'autorité déontique d'une personne réside dans son positionnement interactionnel et dans le traitement de ses comportements verbaux et non-verbaux par le destinataire. Dans cet extrait, le rapport de places déontique s'élabore conjointement tours après tours et se configure (SD+/TD-). Deux moments charnières sont visibles lors desquels le superviseur revendique une autorité déontique par le positionnement (D+), que le thérapeute ratifie en se positionnant de manière complémentaire (D-). Les deux revendications déontiques (lignes 6 et 12) sont dites « proximales » car elles consistent en des prises de pouvoir sur le cours de l'interaction ; la première en imposant un autre topic et la seconde de par sa forme de première partie de paire adjacente, et par le fait de suggérer au thérapeute qu'il attend une reprise du premier topic.

Cette analyse contribue à la littérature consacrée à l'organisation des séquences en interaction (Schegloff, 2007) qui propose la négociation sur l'autorité déontique proximale comme se situant dans l'organisation séquentielle des tours de parole, et particulièrement dans l'enchaînement des paires adjacentes. En effet, la première partie d'une paire adjacente produite par un locuteur, ici le superviseur, implique l'attente préférentielle de la production d'une deuxième partie de la part de son destinataire. Ainsi, on peut considérer que formuler une première partie de paire adjacente, sous la forme d'une question, impose au coparticipant de produire une réponse. Cette première action comporte une « obligation » normative d'une action consécutive, ce qui octroie une sorte de pouvoir au superviseur sur le thérapeute et induit le droit à une réponse. Ces contraintes imposées aux destinataires peuvent faire l'objet de contestation (incongruence déontique) ou, au contraire, ne pas susciter de revendication (congruence déontique) et contribuer à une trajectoire interactionnelle congruente. Dans le cas de cet extrait, et dans la plupart des séquences de notre collection, les rapports sont négociés de manière congruente. Toutefois, nous analysons ultérieurement un exemple

d'incongruences déontiques. Les figures ci-dessous représentent les rapports déontiques de la supervision

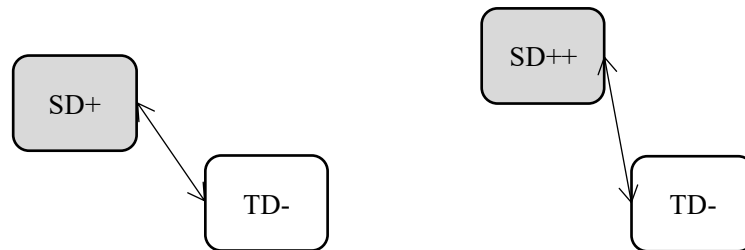


Figure 23: Rapports de place déontiques de la supervision

7.2.2. Les dynamiques d'influence

La supervision institutionnelle se déploie dans les interactions selon les droits et les obligations des personnes, les unes envers les autres, et selon le cadre de la rencontre. Les activités de préparation à l'intervention thérapeutique future comportent un enjeu déontique distal en ce que le superviseur détient une autorité pour orienter, voire imposer une action malgré que le thérapeute soit en désaccord. Comment les superviseurs s'y prennent-ils pour proposer ou suggérer une tâche au thérapeute ? Les thérapeutes acceptent-ils ou résistent-ils aux directives des superviseurs ? Comment s'y prennent-ils pour négocier les tâches qui leur sont assignées ? Nous proposons d'examiner le phénomène de résistance des thérapeutes, observé dans les séquences de notre collection. Pour répondre à ces questions, nous présentons une séquence qui représente bien le phénomène observable dans plusieurs autres séquences de la collection.

Nous proposons une analyse en deux temps : d'abord, nous examinons la trajectoire topicale de la séquence entière, puis nous examinons les rapports de place déontiques et leurs transformations en reprenant la séquence découpée en extraits. La séquence rend compte d'une négociation à propos d'une action à mener auprès d'une patiente. Elle s'inscrit dans une séquence plus large dans laquelle le travail sur la relation thérapeutique concerne les difficultés de la thérapeute à confronter une patiente de « peur qu'elle se braque » alors que l'alliance thérapeutique est fragile. La superviseure et la thérapeute (une psychologue) discutent de la nécessité de définir des objectifs thérapeutiques réalisables pour des suivis institutionnels de moyenne durée, de la nécessité que la patiente soit aussi suivie par un psychiatre malgré l'absence de traitement médicamenteux, et de l'importance d'aborder ouvertement avec la patiente son manque d'assiduité dans la thérapie. Juste avant l'extrait (hors transcription), la superviseure a annoncé la nécessité de « confronter » la patiente dans son fonctionnement pour induire des changements plus manifestes ou de terminer la psychothérapie et de transmettre le suivi à un médecin. L'extrait débute alors que la superviseure propose de solliciter le médecin de service pour intégrer le réseau de soins, afin d'initier la fin du suivi par la thérapeute.

TA1b (37:36-38 :59)

1 T en fait ça serait dans QUEL but↑ et- [et qu'est-ce] qu'on dirait
2 S [bein: ouais↑]
3 j'dirais que(.)de dire à la patiente que nous on fait d- des interventions
4 aussi limitées dans le temps tu vois↑ c'est pas:: +(4.0)
5 T +écrit dans son cahier ->
6 S parce qu'à nouveau c-fin faut un peu TENDRE un peu les CHOSES(2.0)
7 mais ÇA on peut en parler au réseau=
8 T =hm hm↓ (7.0)
9 ----- >+
10 S t'as essayé de la sensibiliser au fait que: ouais↑ ici elle bénéficie de de:
11 d'un super suivi avec toi: où tu t'investis et si elle prend PAS: bein: le:
12 la prise en charge au bout d'un moment elle prend fin quoi↓(2.0)
13 T hm hm↓
14 S y a quand même aussi: à nouveau cet aspect-là:(4.0)
15 mais bon↓ une chose à la fois [on va pas lui dire les choses comme ça hein&
16 T [+hm hm↓ hm
17 +hoche la tête et écrit dans son cahier - >
18 S &mais que: on on va pas faire un suivi d'soutien euh: durant les cinq
19 prochaines années qui VIENNENT
20 T ----- >+
21 ouais >ouais ouais<
23 S [faut qu'y ait des choses qui: qui se PASSENT des changements CONCRETS
24 T [hm hm hm
25 ouais↓

La question de la thérapeute (ligne 1) sollicite l'opinion de la superviseure et une explication sur la recommandation qu'elle vient de lui faire. Cette première partie d'une paire adjacente invite la superviseure à développer son argumentation concernant le topic central de la séquence « confronter ou terminer le suivi psychothérapeutique ». Le topicalisateur (*bein ouais ↑*, ligne 2) confirme l'alignement de la superviseure qui explicite ensuite ce qu'elle-même dirait à la patiente (*j'dirais que*, ligne 3). L'usage de la première personne du pluriel élargit le cadre de référence pour la durée des interventions institutionnelles en incluant tous les professionnels de l'institution dans un même cadre règlementaire d'interventions (*nous on fait des interventions aussi limitées dans le temps*, lignes 3-4). Ce « nous » est suivi d'une argumentation (*parce que*) basée sur une règle d'action thérapeutique (*il faut*) qui insiste sur la mise en tension du cadre thérapeutique (*tendre un peu les choses*, ligne 6). Après une longue pause (ligne 8), la superviseure s'auto-sélectionne et reprend le topic en ajoutant des éléments argumentaires des actions déjà entreprises par la thérapeute (*t'as essayé de*, ligne 10 ; *tu t'investis*, lignes 11). Elle évalue positivement le travail de la thérapeute (*elle bénéficie de de: d'un super suivi avec toi*, ligne 11) et conclut son raisonnement par une conséquence d'action future (*et si elle prend pas [...] la prise en charge prend fin*, lignes 11-12). De longues pauses dans le développement de la superviseure laissent à la thérapeute le temps d'écrire sur sa feuille (lignes 5 à 9 et 17-20), ce qui rend manifestes les places épistémiques (SK+) et (TK-). La thérapeute manifeste son alignement par des continueurs (*hm hm*, lignes 8, 16, 24), par des hochements de tête (lignes 17-20), l'accord lexical (*ouais*, lignes 21 et 25). Les multiples pauses (lignes 4, 8, 12), et le fait que la thérapeute écrive sur sa feuille, semblent encourager la superviseure à produire un développement plus large du topic car elle étaye son propos. Les pauses constituent des opportunités pour les transitions dans les tours de parole (Sacks et al., 1974) mais dans cet extrait, la thérapeute ne se saisit pas de ces opportunités. La participation verbale de la thérapeute minimale peut ainsi être interprétée comme une position d'écoute ou comme des indices de désaffiliation. La séquence de clôture est initiée par la superviseure avec une synthèse du cadre règlementaire des interventions proposées par l'institution (lignes 18, 19 et 23) ; la thérapeute s'aligne et valide cette clôture (lignes 21 et 24).

Pour analyser les enjeux déontiques, nous reprenons la séquence en plusieurs extraits afin d'éclairer la séquentialité des offres et des prises de places des participants.

1 T en fait ça serait dans QUEL but↑ [et qu'est-ce] qu'on dirait
 2 S [bein: ouais↑]
 3 j'dirais que(.)de dire à la patiente que nous on fait d- des interventions
 4 aussi limitées dans le temps tu vois↑ c'est pas:: +(4.0)
 5 T +écrit --->

La thérapeute pose une question de clarification à propos de l'annonce, ce qui ne constitue pas une réponse préférentielle du point de vue déontique. En effet, à l'annonce d'une action future d'un locuteur, la réponse préférentielle est un signe d'approbation et d'acceptation de l'action future (M. Stevanovic & Peräkylä, 2012). Au lieu de cela, la thérapeute questionne la pertinence de la directive en demandant des détails sur le but de l'action attendue et la manière de la communiquer à la patiente. Le fait de questionner le bien-fondé de la directive comporte une certaine remise en question de l'autorité déontique de la superviseure ; selon Stevanovic & Peräkylä, (2012), accepter l'autorité déontique, c'est, pour le destinataire d'une directive, s'abstenir d'examiner ce qui est demandé de faire. Exercer une autorité déontique, c'est ne pas avoir à donner de raisons mais être obéi par l'autorité elle-même. La prise de tour de la superviseure, en chevauchement (ligne 2), indique une précipitation et une compétition pour la parole car l'énoncé ne vient pas terminer syntaxiquement l'énoncé de la thérapeute et ne comporte pas de contenu clair (*bein : ouais ↑*, ligne 2). La réponse de la superviseure à cette première paire adjacente témoigne de l'atténuation de son positionnement déontique car elle justifie les raisons de son annonce en indiquant ce qu'il faudrait dire à la patiente. La superviseure se positionne donc en complémentarité de cette négociation des places initiée par la thérapeute. Le tour de la superviseure se termine par une demande de validation (*tu vois ↑*, ligne 4) et une forme syntaxique non finalisée (*c'est pas:*, ligne 4). Cette première partie de paire adjacente peut être interprétée comme une tentative de reprendre l'agenda interactionnel en revendiquant le droit d'obtenir une réponse. Pourtant, la superviseure atténue aussitôt, à nouveau, sa position déontique par une marque d'hésitation. Un long silence s'en suit (quatre secondes) durant lequel la thérapeute entreprend d'écrire dans son cahier sans regarder la superviseure.

Cet extrait comporte une désaffiliation de la thérapeute à la directive de la superviseure et constitue une forme de résistance. Alors qu'une affiliation, et donc un positionnement déontique complémentaire, consisterait en une production verbale rapide, la thérapeute reste mutique, détourne le regard pour écrire dans son dossier (ligne 5). La superviseure s'auto-sélectionne (ligne 6) et répond à la première partie de la question de la thérapeute énoncée à la ligne 1.

6 S parce qu'à nouveau c-fin faut un peu TENDRE un peu les CHOSES(2.0)
 7 mais ÇA on peut en parler au réseau
 8 T hm hm↓ (7.0)
 9 ----- >+

La superviseure justifie la pertinence de sa directive (*parce que*, ligne 6) en initiant son tour par un énoncé en continuité de son propre tour précédent. Des marques d'atténuation de sa posture déontique sont observables par l'usage à deux reprises du terme « un peu ». Une pause de deux secondes (ligne 6) offre la possibilité d'un changement de locuteur que la thérapeute ne saisit pas. La superviseure nuance alors encore sa directive par une proposition, celle de présenter la décision à la patiente lors d'un réseau plutôt que la thérapeute ne l'annonce elle-même en entretien (*mais ça on peut en parler en réseau*, lignes 6-7). Cette

proposition marque un deuxième temps dans la négociation concernant la décision à prendre. En effet, la forme propositionnelle de la prise de décision comporte une distribution des droits déontiques plus symétriques, renforcée par l'usage du « on » qui donne à la proposition une dimension collaborative à l'action future. Une fois de plus, la réponse de la thérapeute ne correspond pas à l'attendu préférentiel (Stevanovic & Perakyla, 2012), c'est-à-dire une approbation rapide par un alignement et une affiliation à la directive. Au contraire, elle ne saisit pas les opportunités de prise de tours (pauses, ligne 6 et 8) et elle manifeste une réception minimale de l'information (*hm hm* ↓, ligne 8), suivie d'une très longue pause (sept secondes) durant laquelle la thérapeute continue d'écrire sans regarder la superviseure. Malgré une nouvelle opportunité pour un changement de locuteur, la thérapeute ne prend pas son tour et la superviseure s'auto-sélectionne une deuxième fois (ligne 10).

10 S t'as essayé de la sensibiliser au fait que: ouais↑ ici elle bénéficie de de:
 11 d'un super suivi avec toi: où tu t'investis et si elle prend PAS: bein: le:
 12 la prise en charge au bout d'un moment elle prend fin quoi↓(2.0)
 13 T hm hm↓

La superviseure présente une deuxième argumentation en faveur de la directive de terminer le suivi thérapeutique, en détaillant les actions précédemment menées par la thérapeute et les bénéfiques pour la patiente (lignes 10 et 11). Elle complète avec ce qu'elle considère comme la conséquence « logique » de terminer la thérapie si aucune évolution n'est présentée par la patiente. Le tour se termine par une pause de deux secondes, suivie d'une ratification minimale (*hm hm* ↓, ligne 13). La superviseure reprend par un énoncé qui recycle l'argument pour la fin d'un suivi thérapeutique énoncé une première fois aux lignes 3 et 4.

14 S y a quand même aussi: à nouveau cet aspect-là(4.0)
 15 mais bon↓ une chose à la fois [on va pas lui dire les choses comme ça hein&
 16 T [+hm hm↓ hm
 17 +hoche la tête et écrit dans son cahier -->
 18 S &mais que: on on va pas faire un suivi d'soutien durant les cinq prochaines
 19 années qui VIENNENT
 20 T ----- >+
 21 ouais↓ ouais ouais↑

Cette reprise de la superviseure n'ajoute pas d'information supplémentaire. Elle recycle le topic avec l'anaphore (*cet aspect-là*, ligne 14). Une quatrième longue pause souligne alors une fois de plus la résistance de la thérapeute à la directive formulée aux lignes 10 à 12. Alors que la thérapeute ne prend toujours pas son tour de parole, la superviseure propose à nouveau la solution de différer l'action (*mais bon* ↓ *une chose à la fois*, ligne 14) et de dire les choses autrement que de manière directe (*on va pas lui dire les choses comme ça hein* ↑, ligne 15). Ce tour de parole commence par une marque de désimplification (*mais bon* ↓) qui se poursuit avec un changement de forme de la prescription d'action : d'une directive stricte (*si elle prend PAS: bein: le: la prise en charge au bout d'un moment elle prend fin*, lignes 11-12) à une proposition d'annonce atténuée à la patiente (*on va pas lui dire les choses comme ça*, ligne 15). La prescription, très asymétrique en début de séquence se transforme progressivement en une proposition plus collaborative. La thérapeute s'oriente vers ce format de décision plus symétrique et induit une réponse multimodale en chevauchement qui compile trois types de réponses attendues dans le cas d'une proposition d'action future : elle formule une réception d'informations (*hm hm* ↓ *hm*, ligne 16), renforcée par un comportement affiliatif (elle hoche la tête en écrivant dans son cahier durant toute la deuxième partie de l'énoncé de la superviseure, ligne 17). Les hochements de tête ont une valeur d'affiliation dans les interactions (Muntigl et

al., 2012; Stivers, 2008). L'ouverture sur une manière douce et collective de s'adresser à la patiente révèle une posture déontique atténuée dans la relation thérapeutique avec la patiente. Elle est suivie d'un alignement et d'une affiliation verbale de la part de la thérapeute (*ouais ouais ouais*, ligne 21) formulés rapidement. La superviseure énonce cette proposition d'action future en utilisant le pronom « on », qui inclut clairement la thérapeute et la lie implicitement à la réalisation de ces faits. Par ses réponses (lignes 16 et 21), la thérapeute manifeste non seulement la compréhension de l'énoncé mais également l'acceptation de la contrainte sur son action future.

23 S faut qu'y ait des choses qui: qui se PASSENT des changements CONCRETS
 24 T ouais↓

La superviseure clôt la séquence par un énoncé conclusif assertif (*faut qu'y ait des choses qui: qui se PASSENT des changements CONCRETS*, ligne 23) qui appuie son argumentaire pour les directives et propositions faites dans la séquence, en accentuant les termes-clés de son argumentation.

L'analyse a montré que, dans un premier temps, la thérapeute remet en question la pertinence de la directive de la superviseure ainsi que son affiliation en vue de l'action future exigée. Ce comportement a été décrit par Stevanovic (2015) comme la contestation d'une autorité déontique distale. Cette incongruence déontique distale initie une négociation à propos des actions futures. Bien que la superviseure explicite et justifie sa directive (ligne 3), elle n'obtient pas les réponses attendues. Une forme d'incertitude prend place dans les énoncés de la superviseure suite aux pauses (lignes 6, 12, 14). Ses tours de paroles prennent alors la forme d'un développement réflexif à propos de la directive initiale qui débouche ensuite sur une proposition alternative : la première forme de l'action à mener auprès de la patiente (une directive) implique que la thérapeute annonce une fin de psychothérapie de manière confrontante. La deuxième formulation de l'action future (une proposition) implique que la superviseure et la thérapeute l'annoncent ensemble dans un entretien de réseau. Les ressources mobilisées par la thérapeute pour résister aux directives de la superviseure sont multiples : le questionnement sur le bien-fondé de la directive initiale, les multiples silences, la retenue dans la prise de tour lorsqu'elles présentaient une pertinence selon les conventions sociales de l'organisation des conversations, les détournements du regard. La négociation de la décision, et donc du rapport déontique, est un phénomène interactionnel collaboratif. La superviseure contribue à cette négociation en modifiant progressivement l'asymétrie, par des marques d'atténuation déontique (lexique, hésitations, silences pour laisser la thérapeute prendre son tour) et par la transformation de la directive en proposition. La figure suivante présente le phénomène de symétrisation dans le rapport des places déontiques :

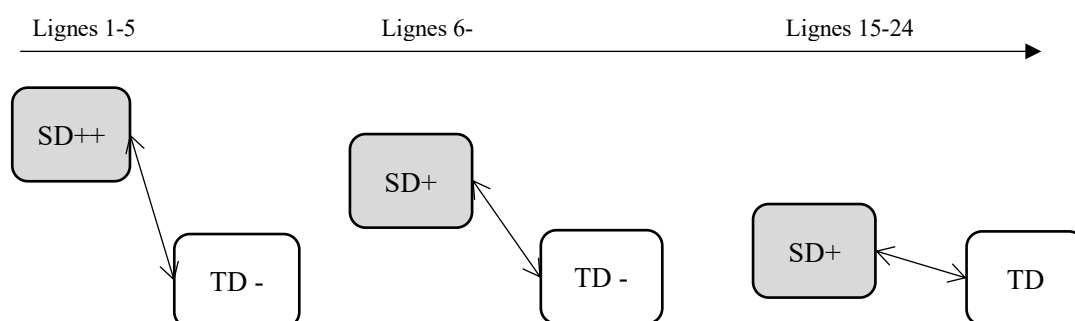


Figure 24: Symétrisation du rapport déontique

Un changement notable dans la dynamique déontique de l'interaction semble survenir à la ligne 15. Il est toutefois difficile de déterminer ce qui provoque effectivement le changement de posture de la thérapeute. Est-ce le point critique de la symétrisation du rapport déontique ? Est-ce la récurrence des marques d'atténuation déontique dans le positionnement progressif de la superviseure ? Ou est-ce la valeur intrinsèque de l'énoncé de la superviseure quant au rapport de place déontique entre les thérapeutes et la patiente ? L'interprétation de cet extrait dans la perspective *émique* de notre approche méthodologique (qui s'intéresse à la manière dont les personnes perçoivent le monde et les interactions ainsi qu'à la façon dont elles expliquent les choses) ne nous permet pas de répondre à ces questions. Toutefois, l'analyse de la trajectoire topicale et de la dimension déontique rend compte du changement des rapports de place déontiques vers une relation plus symétrique et de l'élaboration conjointe d'une forme de décision acceptable pour les deux participantes. Dans l'extrait présenté, la thérapeute est verbalement peu active du point de vue de la contribution à l'activité conversationnelle. Cette parcimonie des réponses peut être interprétée comme une forme de résistance de l'autorité déontique proximale et distale. (Peräkylä & Sorjonen, 2012). Toutefois, la suite de la séquence analysée dans le chapitre 6.4 montre que la thérapeute contribue ensuite de manière très active à l'élaboration d'une décision conjointe.

7.3. Les rapports de place dans l'ordre émotionnel

Les trois ordres de l'interaction, épistémique, déontique et émotionnel, se combinent et s'entremêlent en un tissage subtil des rapports de place entre les participants. Ces derniers affichent et rendent manifestes leurs orientations concernant ces trois dimensions dans leur relation momentanée. Dans la continuité des deux chapitres précédents consacrés aux ordres épistémique et déontique, nous présentons la dimension affective qui concerne les émotions que les interactants sont autorisés ou attendus d'exprimer dans leurs échanges avec des coparticipants (Couper-Kuhlen, 2012; Maynard & Freese, 2012; M. Stevanovic & Peräkylä, 2014). Lors des séances de supervision, durant les récits d'expériences, les manifestations de la dimension affective engagée par les interactants constituent non seulement une ressource interactionnelle dans la co-construction du sens des événements rapportés, mais également dans la négociation des rapports de place entre superviseurs et thérapeutes. Nous avons examiné au chapitre 6 les enjeux affectifs dans les activités de la supervision et avons particulièrement étudié les phénomènes de posture et d'implication, ainsi que les trajectoires de l'affectivité dans le travail sur la relation thérapeutique.

Nous consacrons les prochaines analyses aux positionnements des superviseurs et des thérapeutes, en ce qu'ils donnent à voir la dynamique interactionnelle relative aux statuts et aux positions émotionnels des interactants. Selon Stevanovic et Peräkylä (2014), la notion de « statut émotionnel » fait référence aux attentes socialement partagées, concernant l'expression et le partage des émotions et relatives à la position d'un participant dans un certain domaine d'expérience par rapport à son (ses) coparticipant(s). Dans le travail sur la relation thérapeutique, nous avons constaté aux chapitres 5 et 6 que le récit des expériences vécues constitue un matériel central pour les activités de supervision. Les actions relativement définies pour les participants semblent distribuer les rôles et les responsabilités respectifs – le récit d'événements survenus dans les entretiens thérapeutiques, pour le thérapeute, et l'enseignement théorique et pratique, pour le superviseur. Les rôles respectifs des autres activités de supervision semblent partagés dans les configurations de participation observées. Le partage des expériences émotionnelles vécues, basé sur le récit des événements survenus

en thérapie, revient au thérapeute en formation. Notre étude, qui s'intéresse aux phénomènes interactionnels dans le développement des connaissances des thérapeutes à propos de leur relation aux patients, se concentre donc sur une collection dont le thème principal des échanges est la relation thérapeutique. Les analyses ont montré que les récits d'expériences concernent les difficultés relationnelles éprouvées, décrites par les thérapeutes grâce à l'évocation des émotions de la situation clinique. Nous avons observé une organisation conversationnelle des tandems qui converge vers la littérature des *storytelling*. Les pratiques discursives observées en séance montrent comment thérapeutes et superviseurs endossent des rôles et des responsabilités différents. Le thérapeute a la responsabilité d'apporter en séance une ou plusieurs situations cliniques et son rôle consiste à raconter les événements survenus avec le patient. Le superviseur a la responsabilité de soutenir l'activité narrative et son rôle consiste à orienter les interactions vers une conversation réflexive du tandem et autoréflexive du thérapeute.

Bien que le cadre de la supervision définisse les objectifs de la rencontre et les rôles spécifiques, du superviseur en tant que formateur et le thérapeute en tant qu'apprenant, l'activité conjointement menée en supervision s'élabore dans la relation momentanée de l'interaction. Les actions des participants rendent compte de leur position émotionnelle, qui fait référence à la valeur et à la force relative de l'expression émotionnelle concernant un objet ou une personne, présente ou absente (M. Stevanovic & Peräkylä, 2014, 2015). L'objet peut être une chose abstraite à laquelle on se réfère, une chose perçue ou une action en cours d'exécution. Le destinataire de l'expression émotionnelle est un coparticipant à l'interaction (Peräkylä & Sorjonen, 2012). La position émotionnelle est exprimée par des moyens multimodaux : lexique, grammaire, prosodie, posture et expression faciale (voir les chapitres 2.2.3 ; 4.3.4.3 ; 6.1 et 6.2). Pour rappel, une position émotionnelle, autrement appelée « implication », peut être plus ou moins forte et se manifester plus ou moins intensément, c'est-à-dire avec plus ou moins d'emphase. Elle peut se donner à voir par des phénomènes interactionnels comme des formulations de cas extrêmes (Pomerantz, 1984), des *respons cries* (Couper-Kuhlen, 2012; Goffman, 1978), des variations prosodiques (Selting, 1994, 2010; Stivers, 2008), des expressions faciales (Kaukoma et al., 2013; Peräkylä & Ruusuvuori, 2006, 2012; Ruusuvuori & Peräkylä, 2009) ou le rire (Kovarsky, Curran, & Nichols, 2009). Ce sont les variations dans la manifestation de la posture émotionnelle qui indiquent l'implication plus ou moins forte de l'interactant. Ainsi la retenue, la froideur objective et distante est considérée comme un type de position émotionnelle. Les grandes phases identifiées dans les séquences de notre collection contribuent aux recherches sur les *storytelling*. Sacks (1974) décrit trois phases d'un récit d'expérience : la préface, la séquence narrative et la séquence de réponse. Les rôles sont distribués et les positionnements attendus pour le narrateur (ici le thérapeute) et le destinataire (le superviseur). Stivers (2008) découpe les phases du récit d'expérience émotionnelle en trois temps également : l'accumulation, l'apogée du récit et la phase d'évaluation.

L'organisation sociale, vue à travers le prisme de l'ordre émotionnel, est étroitement liée à la fois aux pratiques interactionnelles des personnes, et à leurs relations sociales les unes avec les autres. Dans ce chapitre, nous analysons les rapports de place des tandems de supervision. Nous examinons les manières de négocier (ou non) les rôles respectifs dans la gestion de l'affectivité lors des récits d'expérience relationnelle avec les patients, et dans la régulation des attentes réciproques dans l'expression des émotions. La séquence ci-dessous, que nous avons analysée du point de vue du processus d'affiliation lors d'un discours impliqué de la thérapeute

(chapitre 6.3.1.1), montre l'organisation d'un tandem de supervision dans le récit d'une expérience comportant une dimension affective. La séquence rend compte de la négociation permanente des places pour que l'activité se déploie avec succès, c'est-à-dire avec un accomplissement affiliatif conjoint. La séquence est présentée d'abord sans séquençage de la transcription afin de préserver l'écologie interactionnelle des positionnements dans le déroulement de l'échange. Nous décrivons ensuite les rôles tels que les participants les actualisent dans la relation momentanée à l'aide de la figure 17.

TA3a (01:50 – 03:54)

```

1  S en tous cas faut revenir [sur POURQUOI vraiment il est pas: il est pas venu&
2  T [ouais↓
3      +écrit sur sa feuille----- >
4  S &il t'a pas appelée: euh(1.0)vraiment INSISTER qu'c'est un espace pour LUI:
5  T et pis après↑ +LÀ↑ quand MÊME↑ avec LUI↑ au niveau RELATIONNEL↑ euh(2.0)
6  ----->+ + ponctue les accentuations vocales avec les mains
7  +j'sais pas comment dire↑j'ai quand même eu l'impression↑(.)alors j'sais pas
8  +détourne le regard vers le bas et à sa droite-----
9  si séduction c'est b-c'est*l'bon +mot↑ mais +que:(1.5)
10 ----->+ +regarde S+détourne le regard
11 S *hoche la tête
12 T un peu comme si +MOI il m'idéalisait un *p-petit peu:↑[par rapport à sa &
13      +regarde S en ponctuant les intonations montantes de la main
14 S *hoche la tête
15      [hm hm
16 T &FEMME↑ avec qui euh avec qui justement↑ +il peut pas parler comme ça↓
17      +secoue légèrement la tête
18 S *hm hm↓
19 *hoche la tête
20 T euh et↑>pis c'est pas la première fois qu'j' *ressens ÇA↑< où il le dit un&
21 S *hoche la tête
22 T &petit peu à demi-mot↑(.)et pis là l'autre fois↑ euh il est re-il est revenu
23 là- dessus il est*re- revenu aussi par rapport aux relations sexuelles avec&
24 S *écrit sur sa feuille----->*
25 T &[la femme et c-c'est assez compliqué dans l'intimité
26 S [*hm
27 *hoche la tête
28 *hm hm↓
29 *hoche la tête
30 T euh(2.0)
31 +et finalement↑euh j'ét- >y a une ou deux fois comme ça↑ où moi j'me
32 + lève les mains et ponctue les intonations montantes par des gestes---->
33 suis sentie un peu mal à l'aise↑ avec lui↑< parce que justement j'pense j'ai
34 ----->+
35 dû sentir un côté[un peu:
36 S [ *hm hm↑
37 *hoche la tête
38 T +hhh
39 +secoue les mains, pince les lèvres en tournant la tête et baissant les yeux
40 S un peu DRAGUE comme ça↑=
41 T =+alors↓(3.0)
42 +détourne la tête
43 +au- j-s- OUAIS j'pense alors c'est pas d'la drague ouverte[parce que-
44 +regarde S
45 S [*ouais ouais
46 *hoche la tête->
47 mais j'vois +bien comment il peut faire↓ moi aussi j'ai eu [c'sentiment-là xx
48 ----->*
49 T +hoche la tête ----->
50      [mais OUAIS où: où
51 qu'j'avais +PAS TELLEMENT avant où finalement quand il est plus déprimé t'as
52 +mouvements des bras et de la tête----->

```

53 MOINS[c'côté-là↑ et puis euh après ça a pu passer parce que justement↑&
54 S [*hm hm↑
55 *hoche la tête
56 T &j'ai CREUSÉ par *rapport aux relations avec sa[fe::mme et puis [euh
57 S *hoche la tête----->*

58 [hm hm [ça faut
59 vraiment↑ alors c'est hyper BIEN [qu'il t'amène ÇA↓ fin↓ ce genre de&
60 T [ouais↓
61 S &[difficultés parce que c'est(1.0)
62 T [ouais↓
63 S c'est+PLUS↑ c'est mieux qu'il t'amène ça plutôt que j'ai mal [ici: j'ai mal&
64 T +hoche la tête
65 [+ouais
66 +hoche la tête
67 S &là où toi tu peux:: [pas faire grand-chose↓

La première phase, dite de préface, au cours de laquelle le thérapeute obtient la parole en vue de la séquence de narration, se situe juste avant l'extrait (hors transcription). La thérapeute introduit le thème de la relation thérapeutique et informe la superviseure que le patient ne s'est pas présenté aux derniers entretiens. La deuxième phase (lignes 5-38) commence après une proposition de la superviseure de thématiser avec le patient les raisons de son absence (lignes 1-4). Durant la séquence narrative, autrement appelée phase d'accumulation, la thérapeute raconte son expérience et décrit la posture du patient et progressivement révèle ses sentiments dans la situation. Son récit est émotionnellement impliqué, ce qui se donne à voir par les choix lexicaux et les indices multimodaux (pour plus de détails consulter le chapitre 6.3.1.1). La superviseure soutient le récit par des productions langagières minimales (principalement, *hm hm*) et des hochements de tête. Elle n'interrompt pas la thérapeute. Dans cette phase, les signes affiliatifs de la superviseure sont rares et concordent avec les études menées dans le domaine des émotions dans les interactions. La superviseure participe à l'élaboration du récit de la thérapeute par sa retenue langagière et ses signes multimodaux d'attention. A l'apogée (lignes 31-38), lorsque les signes d'affectivité sont les plus intenses et manifestes chez les thérapeutes, il est attendu que la superviseure produise des réponses minimales ou des *respons cries*. Dans cette séquence, il s'agit d'une demande d'élaboration (*un peu DRAGUE comme ça ↑*, ligne 40) qui constitue également une reconnaissance de la posture de la thérapeute. La superviseure produit alors une intervention fortement affiliative (lignes 45-47), qui correspond à la séquence de réponse selon Sacks (1974) et qui permet au tandem de basculer dans la phase suivante. C'est dans la phase d'évaluation (fin de l'extrait) que le tandem construit une signification partagée de la situation. La superviseure produit une réponse évaluative positive du travail thérapeutique et la thérapeute déploie une autoréflexion sur son expérience, observable par les pensées rapportées. Les proportions d'interventions verbales sont plus équilibrées entre les deux participantes après la bascule de l'apogée vers la phase d'évaluation (lignes 45-74), si on les compare à la phase narrative d'accumulation qui comporte typiquement davantage de productions langagières de la part de la thérapeute (lignes 5-45).

La figure ci-dessous donne un aperçu graphique des positionnements de la superviseure et de la thérapeute. La représentation indique les productions langagières multimodales respectives dans les différentes phases de l'interaction. La séquentialité des actions témoigne d'une organisation de l'activité qui distribue des rôles plus ou moins actifs selon les phases de l'interaction corroborant l'analyse précédente. La thérapeute produit d'abord un récit d'expérience, accompagné de peu de marques d'affiliation de la part de la superviseure. Ce

comportement est attendu et correspond aux statuts émotionnels qui octroient la responsabilité à la thérapeute de raconter son expérience et au superviseur de ne produire que des signes d'encouragement minimaux à la narration. Pour rappel, les signes d'affiliation trop précoces peuvent être interprétés comme non pertinents et comme des signes de désaffiliation ou de désengagement de l'interaction. Les indices d'affiliation, comportements mimétiques de l'implication du narrateur, sont attendus après l'apogée du récit ou au plus tôt en milieu de récit et de manière progressive.

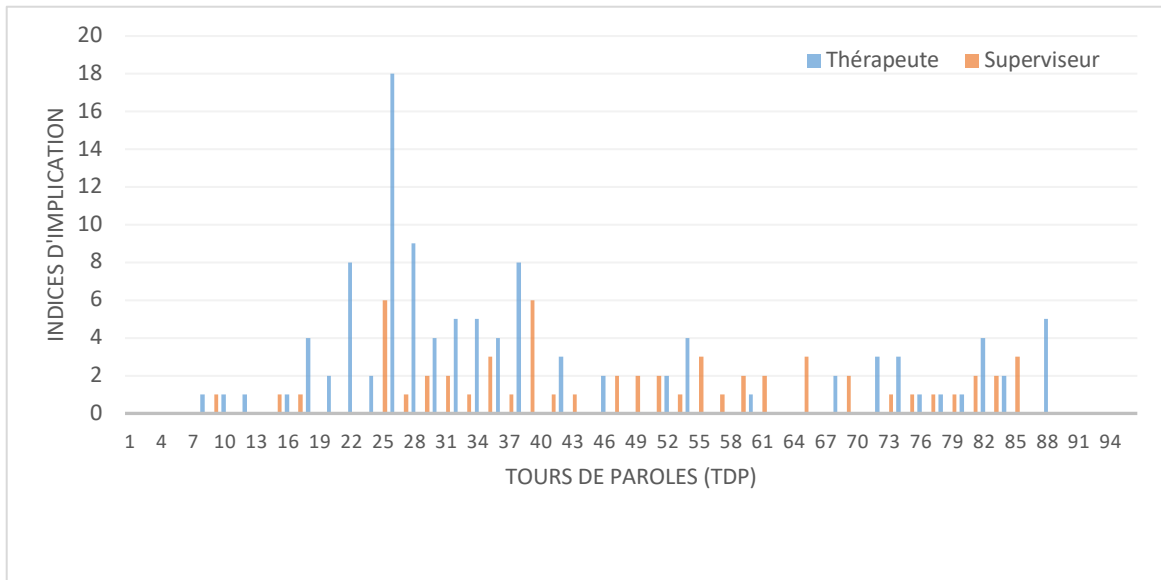


Figure 25: Positions relatives aux statuts émotionnels de la supervision

Le superviseur prend une posture à propos de ce qui est raconté. La réponse préférentielle des *storytelling* ou des confidences (Kerbrat-Orecchioni & Traverso, 2007; Traverso, 2000) consiste à manifester une certaine réciprocité émotionnelle, étudiée comme le phénomène d'affiliation (Voutilainen et al., 2014). Autrement dit, le positionnement attendu de la part du destinataire d'une histoire vécue est de refléter la position affective transmise par le narrateur (Sacks et al., 1974; Stivers, 2008). Du point de vue des rapports de place émotionnels dans la supervision, nous considérons que le récit d'expériences vécues constitue un environnement interactionnel pour la distribution des places et des rôles dans la gestion de l'affectivité dans les pratiques de supervision. Contrairement aux positionnements épistémiques et déontiques, il ne s'agit pas d'offres et de prises de places hautes ou basses. Il s'agit plutôt de phénomènes de distribution des rôles dans l'élaboration des activités conjointes et d'intensité dans l'expression et la manifestation de l'affectivité dans les interactions. Les prises de positions émotionnelles sont donc des processus interactionnels qui sont liés aux statuts émotionnels du cadre social de la rencontre. Elles sont orientées et renégociées à tour de rôle par les participants dans la relation momentanée. Les pratiques de la supervision analysées montrent que l'organisation de l'interaction lors du travail sur la relation thérapeutique répond à une séquentialité conversationnelle attendue, quelle que soit la trajectoire de l'affectivité.

Dans notre étude, nous avons relevé des séquences lors desquelles les tandems ne s'accordent pas tout à fait sur les positionnements émotionnels réciproques. Nous avons rendu compte, au chapitre 6, du phénomène de désaffiliation à propos de la situation clinique. La désaffiliation comporte par définition une mise en question de la posture affective du narrateur. Dans notre étude, elle consiste à manifester un désaccord du superviseur sur la position exprimée par le

thérapeute, ou vice-versa. Elle nécessite donc de la part des participants de renégocier la signification de la situation évoquée et son évaluation afin de s'orienter collectivement vers un accomplissement affiliatif. Pour illustrer cette négociation des positions émotionnelles, nous proposons de reprendre un très court extrait de la séquence analysée ci-dessus :

TA3a (01:50 – 03:54)

```

40 S un peu DRAGUE comme ça↑=
41 T =+alors↓(3.0)
42   +détourne la tête
43   +au- j'-s- OUAIS j'pense alors c'est pas d'la drague ouverte [parce que-
44   +regarde S
45 S                                     [*ouais ouais
46                                     *hoche la tête->
47   mais j'vois +bien comment il peut faire↓ moi aussi j'ai eu [c'sentiment-là xx
48   ----->*
49 T               +hoche la tête ----->
50                                     [mais OUAIS où: où
51   qu'j'avais   +PAS TELLEMENT avant

```

Alors que la superviseure présente une proposition de compréhension du comportement du patient à l'égard de la thérapeute, sous forme d'une première partie de paire adjacente (ligne 40), la thérapeute se désaligne (ligne 41). Elle ne répond pas à la question et rompt l'agenda interactionnel proposé par la superviseure. Considérant les rapports déontiques, il s'agit ici d'une incongruence déontique car la thérapeute ne reconnaît pas l'autorité déontique proximale de la superviseure en résistant et en ne produisant pas la seconde partie de la paire adjacente. C'est aussi une incongruence épistémique, au sens où la thérapeute ne s'aligne pas non plus au contenu de l'énoncé, et revendique une autorité épistémique supérieure en précisant qu'il ne s'agit pas d'une « drague ouverte » (*j'pense alors c'est pas d'la drague ouverte*, ligne 43). Les rapports de place sont triplement remis en question puisqu'elle se désaffilie aussi à l'évaluation de la superviseure en présentant une évaluation différente de la posture du patient ; elle signifie ce désaccord par un lexique d'opposition (*alors↓*, ligne 41), une pause et un détournement de la tête (ligne 42). Plus précisément, selon les statuts émotionnels, il n'est pas attendu que les superviseurs partagent leurs expériences personnelles pour les analyser en supervision avec les thérapeutes. Pourtant, dans cet extrait, la superviseure s'auto-sélectionne en chevauchement compétitif (ligne 45) pour témoigner de son propre vécu relationnel avec le patient. Et malgré un alignement et une marque d'affiliation de la part de la thérapeute (hochement de tête, ligne 49 ; *mais OUAIS*, ligne 50), cette dernière reprend la position émotionnelle de l'explicitation de son vécu affectif dans la situation clinique au détriment du partage de l'expérience personnelle de la superviseure. Cet extrait montre que la thérapeute s'oriente vers une organisation interactionnelle liée aux statuts émotionnels, résistant à une modification des rapports de place, proposée par la superviseure.

Cette analyse est emblématique des phénomènes observés dans notre collection de données et représente bien les rapports de place émotionnels dans la supervision. Ils sont liés aux statuts émotionnels des superviseurs et des thérapeutes en supervision et sont constamment négociés, les confirmant et les modifiant en permanence. Nous verrons aux chapitres suivants, consacrés aux ressources interactionnelles mobilisées par les participants, que certaines pratiques de supervision configurent tout à fait autrement les rapports de place épistémiques, déontiques et émotionnels au sein d'interactions émergentes.

7.4. Des ressources interactionnelles pour agir sur la dynamique des positionnements

Les trois ordres de l'interaction se mélangent dans les tours de parole, faisant de la supervision un environnement interactionnel de construction collaborative des trajectoires topicales et affectives, mais également une opportunité située d'élaboration conjointe des rapports de place. Nous examinons des séquences emblématiques de ces négociations constantes, qui rendent manifestes les stratégies et les ressources des interactants. Nous montrons également dans les chapitres suivants que les récits et les témoignages personnels, tant des thérapeutes que des superviseurs, orientent et configurent de manière particulière les interactions de supervision. Les analyses suivantes décrivent comment les pratiques interactionnelles de supervision peuvent constituer d'importants moyens de réaliser le partage d'expériences et l'apprentissage collectif dans les communautés professionnelles. Nous présentons trois analyses qui intègrent les différents outils analytiques mobilisés dans cette étude pour révéler le jeu interactionnel des rapports de place dans la supervision.

7.4.1. Une appartenance partagée à la communauté des thérapeutes

Pour présenter les actions du superviseur en tant que stratégie d'action sur les trois ordres de l'interaction, nous présentons une séquence déjà analysée une première fois du point de vue de l'affectivité au chapitre 6.3.2.2. Nous procédons par un découpage des extraits qui révèlent les trois ordres dans la complexité de la dynamique des positionnements d'acteurs, et qui décrivent l'une des stratégies très courantes des superviseurs pour atténuer les asymétries relationnelles : le « nous, thérapeutes ». Cette stratégie interactionnelle est présente dans les pratiques de tous les tandems de notre collection et constitue ce qui nous apparaît comme l'un des ingrédients de la professionnalité des superviseurs. Nous ne présentons pas l'analyse topicale qui a été conduite au chapitre 6.3.2.2 et procédons directement à l'analyse des rapports de place selon les trois ordres de l'interaction. Rappelons que la séquence traite d'une situation clinique où l'évolution de la patiente est irrégulière. Le thérapeute s'interroge sur du type de suivi possible. Le superviseur enseigne au thérapeute les aspects théoriques des processus psychologiques qui alternent des moments d'évolution et des moments de régression. Le thérapeute ouvre ensuite une phase de questionnement sur sa posture, sustentée par ses propres hypothèses quant au fonctionnement relationnel de la patiente. Le superviseur s'aligne sur cette activité analytique introduite par le thérapeute et thématise le sentiment de toute puissance des thérapeutes.

TD6 (21:11-31:10)

```
1 S donc je pense que c'est: VOILÀ↑(0.5)je serais plutôt assez RASSURÉ=
2 T = >oui non mais c'est marrant<(.)XXXXX la question que je me p- >la question
3 avec laquelle je viens↑ c'est pas tellement d'être rassuré↑< c'est(.)si tu
4 veux↑ >moi je peux pas m'empêcher de faire des hypothèses< =
5 S =hm hm↓
6 T et↑ je peux pas m'empêcher↑ et c'est peut-être quelque chose auquel il faut
7 que je travaille PLUS à l'hôpital de jour↑ c'est que(.)tu vois↑ typiquement↑
8 je fais l'hypothèse de*parentification XX j- j chez ELLE très forte↑
9 S *hoche la tête----- >
10 hm
11 ->*
12 T et euhm: fin↓ très forte↓ hm↓ d'où c- et j'ai pas d'éléments pour la: tu
13 vois *je vais pas forcément chercher d'éléments↑ mais je choisis de faire &
14 S *hoche légèrement la tête
15 T &cette hypothèse là↓=
```

16 S =hm↓=
 17 T =du coup↑(.) quand j'ai tout à coup quelque chose qui nourrit ça↑
 18 S hm=
 19 T =j'y VAIS↑
 20 S hm hm
 21 T je me dis est-ce que je lui RENDS service en faisant ça↓ parce qu'en même
 22 temps↑ du coup↑ je je fais quelque chose qui est:(0.5) qui est de l'ordre du
 23 thérapeutique alors qu'on n'a jamais défini une: une séance comme ÇA↓

Après une séquence d'enseignement (hors transcription), le superviseur conclut avec un énoncé du registre affectif (*je serais plutôt assez RASSURÉ*, ligne 1) et se positionne dans ce tour de parole en position épistémique haute (K+) par le fait qu'il évalue la situation clinique (*donc je pense que VOILÀ ↑(0.5) je serais plutôt assez RASSURÉ*, ligne 1). Le thérapeute se désaligne en orientant la trajectoire topicale, non pas vers le registre affectif, mais vers le registre cognitif (*la question avec laquelle je viens ↑ c'est pas tellement d'être rassuré ↑ c'est [...] moi je peux pas m'empêcher de faire des hypothèses*, lignes 2-4 ; *je fais l'hypothèse de parentification*, ligne 8). Par cette réorientation du registre topical, le thérapeute résiste, d'une part, au travail affectif concernant la relation thérapeutique, et d'autre part, au rapport déontique proximal asymétrique (SD+/TD-), en effet, il ne s'aligne pas sur l'agenda interactionnel du superviseur. De plus, cet extrait indique une incongruence épistémique car le thérapeute revendique une autorité (K+) compétitive avec l'autorité et le positionnement épistémique du superviseur ; il formule des hypothèses théoriques et cliniques malgré la conclusion du superviseur « plutôt rassurante ». Alors que le superviseur a pris une position complémentaire durant ces tours de paroles, il produit ensuite une bascule de places abrupte :

24 S mais en même temps les patients: +s'ils veulent prendre ils prennent↑=
 25 T +hausse les épaules, fait un geste de la main
 26 +=ha ha ha [ha ha
 27 +ferme les yeux, détourne le regard, hoche la tête en souriant ----->
 28 S [*£pis s'ils£ veulent pas prendre ils prennent *PAS(1.0)
 29 *sourit ----->* *lève les sourcils
 30 T ----->+
 31 S [tu vois↑
 32 T [£merci de me le rappeler£=
 33 \$hausse les épaules, geste de la main, lève les sourcils

Le recadrage du superviseur sur l'auto-détermination des patients indique une manœuvre de sur-classement épistémique (K+) de la part du superviseur. L'enchaînement des positionnements épistémiques montre une négociation des places qui se voient reconfigurées tour après tour, défiant également les statuts épistémiques du cadre interactionnel de la supervision.

Au plan affectif, comme le thérapeute ne s'alignait pas sur le registre topical des émotions dans l'extrait précédent, il présente maintenant des signes d'implication (lignes 25 et 27-30 ; pour davantage de détails, consulter le chapitre 5.3.2.2). Notons que le recadrage confrontant du superviseur sur le plan épistémique impacte la dimension affective de l'interaction, activant de façon séquentielle et momentanée l'ordre émotionnel. Cette émergence de signes emphatiques est « contagieuse », au sens de (Kaukomaa et al., 2015; Peräkylä et al., 2015; M. Stevanovic & Peräkylä, 2015) et fait glisser le tandem dans une gestion conjointe de l'affectivité. D'un point de vue déontique, la manœuvre épistémique du superviseur est couplée à une reprise du contrôle de l'agenda de la séance. Cette deuxième bascule des rapports de place, déontique proximale et épistémique, semble donner une nouvelle tournure à l'interaction, rendue visible par les négociations de places et l'émergence d'une affectivité partagée. Suite à

la mise en tension des interactions par des actions de confrontation du superviseur et les négociations des places, plusieurs indices de réduction des asymétries relationnelles se donnent à voir dans le troisième extrait que nous rappelons ici :

```

34 S = >*non non mais tu vois↑ c'est parce qu'< on est [toujours↑(1.0)
35     *lève la main face au thérapeute et rythme son discours par des gestes--->
36 T                                     [>ou oui<
37 S je #pense↑ en tant que thérapeutes↑on(.)on est toujours HABITÉS(.)je pense(.)
38     #lève les sourcils
39     MALHEUREUSEMENT:(.)d'un ESPÈCE de sentiment un peu de TOUTE PUISSANCE(2.0)
40     ----->*
41 T hoche la tête fortement en fermant les yeux
42 S comme si finalement↑ *NOUS on avait le leadership [COMPLET: le contrôle&
43     *serre les deux points devant lui----->>
44 T                                     [+ouais ouais
45     +ferme les yeux avec un
46     mouvement de la tête en arrière et hoche fortement de la tête----->>
47 S &complet↑ plus ou moins CONSCIEMMENT HEIN↑

```

Au niveau déontique, la posture haute du superviseur lui est conférée par le contrat de prestation institutionnel (les statuts et les rôles) qui lie le tandem. Cependant, il ne prend pas une posture haute en assignant une tâche ou une action au thérapeute pour corriger la posture thérapeutique avec laquelle il est en désaccord. Au contraire, il réduit cette asymétrie en ayant recours à un lexique qui minimise l'intensité de son énoncé (*une espèce de sentiment*, ligne 39 ; *un peu de toute puissance*, ligne 39 ; *plus ou moins consciemment*, ligne 47).

Au niveau épistémique, le superviseur fait une interprétation en faisant usage de son expertise et de son expérience clinique, pour rendre explicite la dimension affective, évitée par le thérapeute depuis le début de la séance. Il détient une autorité épistémique du point de vue de son accès à l'expérience d' « être thérapeute » et possède de ce fait un droit au savoir et des droits de revendiquer une primauté à ce savoir, car il est plus expérimenté que le thérapeute supervisé. Le recours au « nous, thérapeutes » réduit cette autorité, puisqu'il dirige l'évaluation négative des « thérapeutes tout-puissants » sur la communauté des thérapeutes dont il fait également partie. Les pronoms « on » et « nous » sont présents dans le long tour de parole du superviseur (*on est*, ligne 34 ; *en tant que thérapeutes fon(.)on est*, ligne 37 ; *nous on*, ligne 42).

Au niveau affectif, l'interprétation constitue également une ressource de l'ordre émotionnel en ce qu'il comporte une part de reconnaissance de la posture du thérapeute, ici, « le sentiment de toute puissance ». Le superviseur ralentit l'échange, ce qui est rendu visible par les multiples pauses et micro-pauses (lignes 34, 37, 39). Il tient un silence de deux secondes à la fin de son interprétation désaffiliative, laissant ainsi le temps au thérapeute de prendre son tour, s'il le souhaite ; le hochement de tête vigoureux du thérapeute durant cette pause indique une affiliation du thérapeute à cette interprétation, ce que le superviseur laisse se déployer avant de prolonger son propre développement. Cette prise en compte du rythme du thérapeute renvoie au phénomène d'élaboration conjointe des interactions et de la co-construction des trajectoires topique et affective. L'affiliation progressive du thérapeute à l'interprétation du superviseur rend compte du monitoring émotionnel dans cette séquence de supervision. Le superviseur continue ensuite son développement :

```

48 S je dis pas que(.)on est là: à se dire euh: mais mais j'pense qu'il y a
49     quelque chose qui nous habite de ce type-là↑ parce qu'on répare comme
50     on discutait l'autre mardi là:[et et donc euh: voilà↑ quand on veut réparer&

```

51 T [+ouais
52 +opine
53 S & euh:des choses perso↑ bein j'pense qu'on s'met dans un sentiment un peu
54 de(.)de toute puissance↑ parce que c'est tellement important pour nous d'le
55 FAIRE
56 T ouais[ouais
57 S [donc on est habité un peu de choses comme ÇA
58 T hm hm↓
59 S mais au fond les patients ils PRENNENT s'ils ont envie de PRENDRE

Le superviseur fait ensuite référence à un échange survenu dans une précédente supervision (*parce qu'on répare comme on discutait l'autre mardi là*, ligne 50) pour intégrer un élément supplémentaire à son développement, celui de la réparation (lignes 49, 50) de « *choses perso* » (ligne 53) dans la relation avec le patient. Il formule alors son interprétation générale qui considère que le sentiment de toute puissance du thérapeute qui « l'habite » (lignes 49, 57) serait lié à un besoin important de « *réparer* » des « *choses* » personnelles. Le superviseur conclut par une synthèse qui articule ces différentes notions en recyclant son action initiale, lignes 24 et 28 (*mais au fond les patients ils PRENNENT s'ils ont envie de PRENDRE*, ligne 59). La position épistémique du superviseur manifeste une autorité épistémique forte qui rend compte de la revendication des droits de connaître les phénomènes psychologiques en jeu dans les relations thérapeutiques et de les énoncer avec une argumentation explicative (*parce qu'on répare*, ligne 50 ; *parce que c'est tellement important pour nous d'le faire*, lignes 54-55). L'usage de la première personne du pluriel est toujours très présent et prolonge l'engagement du superviseur dans le tour de parole. Cette stratégie, attribuée à l'ordre épistémique pour réduire l'asymétrie relationnelle de l'extrait précédent, s'inscrit ici comme une action dans l'ordre affectif. L'échange évoqué d'une autre supervision (*comme on discutait l'autre mardi là*, lignes 49-50) concernait un partage d'expérience personnelle du superviseur. Il proposait une interprétation des difficultés du thérapeute en lien avec l'histoire familiale et évoquait le fait qu'il reconnaissait les mêmes difficultés dans certains suivis thérapeutiques (voir le chapitre 5.4.2.3). L'usage de la première personne (nous, on) donne une tournure à l'énoncé, centrée sur l'expérience personnelle partagée et moins centrée sur la généralisation du phénomène décrit à l'ensemble de la communauté des thérapeutes. L'ordre émotionnel est au travail dans cet extrait, au sens où l'affiliation du thérapeute à l'interprétation du superviseur se confirme (*ouais*, ligne 51, *opine*, ligne 52 ; *ouais ouais*, ligne 56 ; *hm hm↓*, ligne 58) et se déploie dans un accomplissement conjoint grâce à la reconnaissance du vécu commun énoncé par le superviseur.

L'analyse de cette séquence montre les négociations en œuvre dans la relation momentanée du tandem. Chaque tour de parole constitue une occasion de revendiquer des droits déontiques, épistémiques et émotionnels. Le positionnement de chaque interactant impacte la position de son destinataire, reconfigurant de fait les rapports de place. Alors que le tandem est en désaccord manifeste sur la compréhension des phénomènes relationnels de la situation clinique, il construit progressivement un sens partagé. Superviseur et thérapeute recourent à des ressources langagières dans les trois ordres de l'interaction pour agir sur les positionnements respectifs. Le thérapeute recourt au désalignement topical pour résister au travail sur l'ordre affectif proposé par le superviseur. Il revendique également des savoirs experts pour renverser l'asymétrie épistémique. En résistant au travail affectif par désalignement topical, le thérapeute influence l'ordre déontique car il réoriente l'agenda interactionnel. En réponse à ce positionnement épistémique (TK+), le superviseur surclasse son propre positionnement épistémique et déontique en produisant une interprétation qui impacte fortement le thérapeute du point de vue de l'affectivité (ordre émotionnel). La bascule

du rapport de place n'est ensuite plus contestée par le thérapeute qui s'affilie et prend une position complémentaire sur les ordres épistémique et déontique. Le superviseur, quant à lui, recourt au « nous, thérapeutes » comme ressource langagière pour atténuer l'asymétrie épistémique (SK+/TK-), en généralisant le sentiment de toute puissance du thérapeute à l'ensemble de la communauté professionnelle ; il fait usage de cette même stratégie pour s'affilier au thérapeute en reconnaissant la même difficulté dans les phénomènes de réparation relationnelle liée à l'histoire personnelle. La gestion du rythme dans les interactions (accélération, ralentissements, silences, chevauchements) semble également agir sur les ordres interactionnels, particulièrement sur le processus d'affiliation (ordre émotionnel) et sur la maîtrise de l'agenda interactionnel (ordre déontique).

7.4.2. Influencer une décision

L'extrait que nous examinons dans ce chapitre s'inscrit en continuité de celui présenté au chapitre 7.2.2 où nous analysons les rapports de place déontiques. Pour rappel, suite à l'explicitation des difficultés d'alliance rencontrées par la thérapeute dans le suivi d'une patiente qui peine à s'engager dans la thérapie, la superviseure annonce une décision de clore la thérapie. L'analyse a montré que la thérapeute remet en question la pertinence de la directive du superviseur ainsi que son propre engagement en vue de l'action future exigée. Les réponses produites par la thérapeute présentent une incongruence déontique et des négociations relationnelles sont mises en œuvre dans le moment de l'interaction. Grâce aux analyses multimodales et séquentielles, nous observons des changements de positionnement de la part de la superviseure, distribuant les droits déontiques de manière plus égalitaire entre elle-même et la thérapeute. La thérapeute, quant à elle, continue de résister à la directive en produisant des actions sur les ordres épistémiques et émotionnels. L'extrait débute avec un énoncé de la superviseure qui invite la thérapeute à développer le topic par une relance en forme de question comportant une anaphore (ÇA, ligne 25). Cette technique discursive (*tying technic*) permet un développement progressif du topic en garantissant sa continuité et sa transformation (Mondada, 2003).

TA1b (38:59-42:12)

26 S j'sais pas euh: comment tu t'sens avec ÇA↑(2.0)
 27 T .hhhh(..)hhhhh(..)mais oui alors euh dans l'IDEE euh j-j'suis assez d'accord
 28 mais après↑ avec tous ces patients compliqués↑
 29 S hm hm↓

Cette première partie de paire adjacente transforme l'annonce qui avait été faite de devoir clore la thérapie en une proposition de forme interrogative à propos de la directive à prendre. Cette formulation exprime une configuration de rapports déontiques plus symétriques (M. Stevanovic & Peräkylä, 2012). En demandant à la thérapeute comment elle se sent avec la directive, la superviseure suggère des droits déontiques plus uniformément distribués concernant l'action future proposée puisqu'elle offre à la thérapeute la possibilité de répondre et de formuler une approbation.

Ce changement de rapport déontique est accompagné d'une modification de la relation dans le moment de l'interaction sur les deux autres ordres de l'action humaine, à savoir l'ordre épistémique et l'ordre émotionnel. Le début du tour commence avec une marque d'hésitation (*j'sais pas euh : comment tu t'sens avec ÇA ↑*, ligne 26), s'orientant ainsi vers l'ordre épistémique par l'usage du verbe « savoir » et la forme interrogative qui positionne la superviseure en

demande d'information (K-), et qui place la thérapeute en position (K+). Le topic initié par ce tour de parole concerne la dimension affective, par le recours au verbe « se sentir » qui oriente vers les sentiments de la thérapeute (*j'sais pas euh : comment tu t'sens avec ÇA ↑*, ligne 26). Après une pause de deux secondes, qui permet le changement de locuteur, la thérapeute s'aligne sur cette invitation et produit une seconde partie de paire adjacente comprenant à la fois une dimension déontique proximale, par l'alignement à l'action demandée par la superviseure, et épistémique, par la production de la réponse sollicitée. La réponse s'oriente d'abord vers l'ordre déontique en formulant une posture concernant la directive précédente de la superviseure (*faut qu'y ait des choses qui: qui se PASSENT des changements CONCRETS*, chapitre 6.2.2, ligne 23). Le début du tour (*mais oui alors euh dans l'IDEE euh j-j'suis assez d'accord*, ligne 27) est marqué par des signes d'hésitation (des micro-pauses, une respiration ample, une troncation couplée à une réparation et des marques de nuances (alors euh ; euh ; assez d'accord)). La position épistémique de la thérapeute est nuancée et n'endosse pas complètement la position haute (K+) proposée. Ces signes peuvent indiquer la gêne de la thérapeute dans le revirement des rapports de place. La réponse présente également une revendication d'accès à la connaissance sur le domaine épistémique en question et des droits à évaluer la décision sur un plan clinique. La thérapeute annonce le domaine d'expertise qu'elle convoque pour étayer sa réponse, celui de la connaissance clinique des fonctionnements relationnels des patients et des enjeux de l'alliance thérapeutique. La superviseure s'aligne sur cette transition topicale par des continueurs vocaux, ce qui encourage la thérapeute à continuer à développer son idée (*hm hm ↓*, ligne 29).

30 T euh:(3.0)
 31 c'est qu'j'me dis y a d'un côté↑ enfin on SAIT c'est aussi cet enjeu
 32 de créer [l'alliance qui prend du temps↑ pis que c'est peut-être &
 33 S [hm hm↓
 34 T & difficile d'avoir des changements tout de suite↑
 35 S hm hm↓
 36 T et euh:
 37 S j- je sais bien↑ c'est paradoxal↑ mais en même temps euh(..)c'que:: f-
 38 faut qu'on fasse encore des réunions à ce sujet avec Steven j'pense parce
 39 que(.)comme il dit bein(.)on se donne à fond sur un temps limité(.)pour
 40 un patient↑ et puis après euh: si si si ils prennent pas euh (2.0)
 41 T ouais↓ .hh
 42 S bein voilà↑ c'est:(3.0)

La prise de position experte (ordre épistémique) de la part de la thérapeute sur les processus de création d'une alliance thérapeutique avec les patients peut indiquer la remise en question de la pertinence de la règle institutionnelle mais également l'autorité du superviseur (ordre déontique). L'hésitation en début de tour (*euh*, ligne 30) et la pause de trois secondes sans que la superviseure ne prenne la parole indique une prudence de la part de la thérapeute. Elle s'auto-sélectionne ensuite (ligne 31). La légitimité épistémique est formulée par l'usage du verbe « savoir » de manière accentuée (ligne 31), indiquant une référence à la connaissance, conjugué avec le pronom « on » qui manifeste l'appartenance de la thérapeute à la communauté professionnelle. L'usage du « on » peut être considéré comme une atténuation de la position épistémique, en ce qu'il évite un sur-classement de la position de la thérapeute par rapport à la superviseure. Ensuite, la superviseure manifeste des continueurs vocaux (*hm hm ↓*, lignes 33, 35), qui sont suivis à chaque fois d'un développement de la part de la thérapeute. Cette posture experte (K+) de la thérapeute trouve une opposition à la ligne 37 lorsque la superviseure se désaligne de la posture de la thérapeute (*j- je sais bien ↑ c'est paradoxal ↑ mais en même temps euh*, ligne 37). Malgré des marques de réparation (*j-je sais*

bien ; c'que:: f-faut) et une assertion qui valide la nature paradoxale de la règle institutionnelle avec les savoirs professionnels (*c'est paradoxal*, ligne 37), la superviseure recourt à nouveau à l'ordre déontique pour asseoir son autorité décisionnelle dans les suites thérapeutiques à envisager (*faut qu'on fasse encore des réunions à ce sujet avec Steven*, ligne 35 ; *on se donne à fond*, lignes 37-38). La mention de Steven, psychiatrie chef du service, comme partenaire de décision, inverse à nouveau les rapports de place et reconfigure la relation selon le statut de pouvoir (ordre déontique) plutôt que selon l'expertise (ordre épistémique). Malgré un accord de la thérapeute (*ouais ↓.hh*, ligne 41) et un énoncé de pré-clôture proposé par la superviseure (*bein voilà ↑ c'est:(3.0):*, ligne 42), la thérapeute s'auto-sélectionne et reprend :

42 T moi c'est mais(.)les j'pense que du coup moi alors autant j- j'peux j'peux
 43 comprendre hein l'idée qu'il veut transmettre mais
 44 S hm hm↓
 45 T mais moi c'est plus d'pression fin j'trouve que ça ça m'stress [d'avoir euh:
 46 S [c'est
 47 stressant oui oui c'est- écoute on va déjà voir avec ça comment elle prend:
 48 [mais justement bein tu vois pour faire bouger les choses faut les &
 49 T [ouais
 50 S & CONFRONTER un peu↓

Elle énonce un commentaire global sur le topic précédent recyclant son adhésion partielle à la règle institutionnelle (*j'peux comprendre hein l'idée qu'il veut transmettre*, lignes 42-43). Elle maintient l'échange sur l'ordre épistémique par l'usage des verbes « penser, « comprendre » « transmission de l'idée », ainsi qu'un alignement à l'opinion dont le superviseur se fait le porte-parole (*je peux comprendre l'idée*). Toutefois, de nombreuses marques d'hésitation et d'incongruence topicale (micropauses, interruptions syntaxiques, marqueurs d'opposition-*mais*) montre une prudence dans le développement topical. Encouragée par le continuateur produit par la superviseure (*hm hm ↓*, ligne 44), la thérapeute ouvre ensuite un nouveau topic, celui de la pression ressentie de devoir mener une psychothérapie avec une contrainte temporelle (*c'est plus d'pression; ça m'stresse*, ligne 45). Par ce moyen, elle poursuit son désalignement à la règle institutionnelle ; elle quitte l'ordre épistémique et s'oriente vers l'ordre émotionnel en présentant des signes d'implication. Le chevauchement compétitif des tours de parole (lignes 45-46) signale un désalignement de la superviseure sur le positionnement pris par la thérapeute. Malgré une reprise du mot « stressant » (ligne 47) et une validation rapide de la posture émotionnelle de la thérapeute (*c'est stressant oui oui*, lignes 46-47), la superviseure ne développe pas ce registre émotionnel repris par la thérapeute, quoiqu'elle l'ait elle-même initié lors de la première paire adjacente (*comment tu t'sens avec ça ↑*, ligne 26). L'énoncé présente une troncation interrompant le développement du topic émotionnel et s'orientant ensuite vers l'idée d'évaluer la réaction de la patiente (*c'est- écoute on va déjà voir avec ça comment elle prend:*, ligne 47) . L'usage de l'anaphore « ça » (lignes 26, 45 et 47) est récurrent dans les énoncés de la thérapeute et de la superviseure, indiquant un lien topical continu sur la règle institutionnelle. La superviseure recycle ensuite le topic de la « confrontation » de manière accentuée (*pour faire bouger les choses faut les CONFRONTER un peu ↓*, lignes 48 et 50) qui constitue le thème central du travail sur la relation thérapeutique de cette séquence de supervision. Ce thème est le topic le plus important, qui avait été l'objet de l'ouverture de la séquence initiée par la thérapeute et la problématique initiale telle que définie progressivement par le tandem (hors transcription). Le verbe « confronter » (ligne 50) est prononcé de manière accentuée et fait l'objet dans la suite de l'échange d'un développement concernant les intentions thérapeutiques de la confrontation (portion non transcrite de quelques minutes). La superviseure initie ensuite une nouvelle phase interactionnelle par une

première partie de paire adjacente, caractérisée une fois encore par l'usage de l'anaphore « ça » (ligne 62), ressource langagière qui relie l'énoncé au topic précédent et qui laisse la place au développement au destinataire :

62 S j'sais pas si toi tu arrives à être convaincue de *ça↑ (2.0)
63 *sourit
64 T alors OUI::fin sur XX et sur l'fait bon moi j'sais qu'ça c'est un truc
65 que justement moi j'ai besoin de travailler d'arriver à être plus
66 confrontante
67 S hm hm
68 T euh donc ça j'suis assez persuadée
69 S hm hm↓
70 T euh:(.)après c'est: c'côté des fois pression temporelle que j'suis moins
71 persua- fin que j's- que j'adhère MOINS enfin que j'suis moins à l'aise avec
72 ça↓
73 S ouais alors ouais
74 T mais euh(3.0)
75 voilà↓(1.0)
76 on verra↓
77 S ouais on verra on verra bien qu'est-ce qu'elle comprend ou pas
78 T mais du coup c'était quand même mieux qu'j't'en parle comme ça moi j'ai
79 +aussi un peu une ligne conductrice↓
80 +range ses feuilles dans son dossier ---->
81 S ouais↓
82 T ---->+
83 euh: pour demain↑

Comme au début de l'extrait, n'ayant pas reçu une approbation univoque à sa directive, la superviseure reprend le contrôle de l'agenda interactionnel en produisant une question qui lui donne droit à la production d'une réponse de la part de la thérapeute. Elle revendique une autorité déontique (SD+) tout en formulant une question qui suppose une position (K-). Cette action est complexe et ambiguë du point de vue des rapports de place, car la superviseure place la thérapeute dans des positions complémentaires et inversement asymétriques (TD- et TK+). En même temps et pour la deuxième fois, elle atténue une position déontique forte en transformant une directive en proposition. Ainsi, la formulation d'une première partie de paire adjacente offre à la thérapeute une nouvelle occasion de produire la réponse attendue dans l'ordre déontique, c'est-à-dire un engagement à l'action future par une approbation. La thérapeute enchaîne avec une réponse à la question de façon accentuée (*alors OUI::*; ligne 64). Cependant, malgré un apparent alignement, l'objet de cette proposition ne concerne plus la fin du suivi thérapeutique, mais la nécessité de confronter la patiente. C'est dans l'orientation de la réponse de la thérapeute que nous pouvons identifier que l'anaphore (*ça*, ligne 62) est interprétée comme la proposition de confronter la patiente, se désalignant du topic de la fin du suivi thérapeutique. A cette proposition, la thérapeute s'engage en formulant son approbation avec cette perspective d'action (*justement moi j'ai besoin de travailler d'arriver à être plus confrontante*, lignes 64-66 ; *et donc ça je suis assez persuadée*, ligne 68). Cette analyse séquentielle est intéressante car elle peut contribuer à formuler une hypothèse analytique de la résistance interactionnelle: cette construction de la trajectoire topicale peut être envisagée comme une stratégie de résistance déontique distale de la thérapeute, tout en respectant la revendication de l'autorité déontique proximale de la superviseure. En adoptant la perspective de la superviseure concernant la nécessité de confronter la patiente, la thérapeute s'aligne à la superviseure du point de vue de l'autorité déontique proximale et atténuée, pourrait-on dire, la résistance à l'autorité déontique distale. En effet, la suite du développement de la thérapeute reprend aussitôt le topic de la fin de suivi thérapeutique à causes des règles institutionnelle du temps de suivis (*euh:(.)après c'est: c'côté des fois pression temporelle que j'suis moins persua-*

fin que j's- que j'adhère MOINS enfin que j'suis moins à l'aise avec ça ↓, lignes 70-72). Ce double mouvement du positionnement de la thérapeute peut ainsi être plus largement considéré comme une stratégie de négociation des positions déontiques et de gestion des rapports de place. La superviseure semble ensuite s'aligner mais sans préciser à quelle proposition de la thérapeute l'énoncé se rapporte (*ouais alors ouais*, ligne 73). En position déontique basse, la thérapeute justifie le besoin et la pertinence de ce travail sur la relation avec cette patiente pour clarifier sa posture thérapeutique (*mais du coup c'était quand même mieux qu'j't'en parle comme ça moi j'ai aussi un peu une ligne conductrice* ↓, lignes 78-79). Ce commentaire méta-discursif rend également compte d'une autoréflexion de la thérapeute sur le processus interactionnel et formateur de la supervision. La clôture de l'ensemble de cette séquence de travail sur la relation thérapeutique est initiée par l'énoncé conclusif de la thérapeute concernant son positionnement à propos de la règle institutionnelle (pour rappel, lignes 70-72) et s'accomplit collectivement: les signes gestuels (range ses feuilles dans son dossier, ligne 80), les signes d'épuisement topical (deux pauses, lignes 74 et 75), les mots conclusifs prononcés avec une intonation tombante (*voilà* ↓ ; *on verra* ↓, lignes 75 et 76), les énoncés de synthèses (*ouais on verra on verra bien qu'est-ce qu'elle comprend ou pas*, ligne 77) ; la brièveté des énoncés et les intonations descendantes en fin de tours. La thérapeute produit alors une transition topicale sur l'agenda du lendemain (*eah: pour demain* ↑, ligne 83) qui initie une nouvelle séquence de supervision.

Dans les interactions institutionnelles, les rapports déontiques sont négociés dans l'enchaînement des tours de parole, manifestant des asymétries plutôt stables liées aux statuts et rôles sociaux qui prédéterminent ces systèmes interactionnels (Atkinson & Drew, 1979). Les participants à l'interaction détiennent différents droits pour décider des actions futures dans des domaines particuliers, distribuant les droits d'autorité de manière graduée entre les participants (M. Stevanovic & Peräkylä, 2012). Dans la supervision, les statuts déontiques octroient au superviseur institutionnel une certaine autorité pour décider des actions futures pertinentes pour la suite des thérapies présentées par le thérapeute. Cependant, les situations locales d'échanges entre les participants à une décision conduisent parfois à des négociations de l'autorité déontique sur ce qui aurait dû être fait concernant des actions déjà réalisées (Sterponi, 2003) ou sur ce qui devra être fait (M. Stevanovic & Peräkylä, 2012; M. Stevanovic & Svennevig, 2015; Svennevig & Djordjilovic, 2015). L'extrait analysé ci-dessus montre une séquence d'incongruence déontique (distale) sur le contenu d'une décision d'action annoncée par le superviseur, alors que l'organisation de l'interaction ne présente pas de remise en question fondamentale de la légitimité déontique (proximale) de celui-ci. En effet, l'organisation séquentielle indique que le rôle endossé par la superviseure manifeste une asymétrie déontique proximale par la manière dont elle prend en charge les différentes phases de la séquence (ouverture, transitions et clôture). Toutefois, l'analyse montre comment la thérapeute n'accepte pas la consigne, plaçant de ce fait la superviseure en position de devoir négocier les rapports de place pour obtenir une acceptation de l'action à mener. Nous avons observé deux moments significatifs lors desquels la superviseure mobilise une ressource langagière pour obtenir un accord de la part de la thérapeute. La superviseure énonce une première paire adjacente qui transforme la forme d'une décision d'action future de clore le suivi du patient : d'une directive qui contraint l'acceptation de l'action future à mener (rapport déontique distal asymétrique), en une proposition qui implique l'adhésion de la thérapeute et qui confirme tacitement que les opinions du thérapeute sont importantes (rapport déontique proximal symétrique). Ces propositions comportent une ambiguïté entre les ordres déontique et épistémique, en ce que le lexique glisse du registre de l'action (ordre déontique) au registre

des croyances et de la pensée (ordre épistémique). A ces propositions, la thérapeute répond sur deux ordres. Au niveau déontique, elle répond en écho à la proposition de confronter la patiente à ses résistances, maintenant la symétrie déontique par l'approbation. Elle résiste toujours à la directive de terminer le suivi thérapeutique de la patiente. Au niveau épistémique, elle prend une position experte par la revendication de connaissances pertinentes pour l'objet de la décision. La réponse fournie n'étant pas celle attendue, à savoir un engagement à l'action de clore la thérapie, la superviseure reprend un positionnement déontique d'autorité qui suppose une réponse d'engagement à l'action de la part de la thérapeute. La séquence se clôture sur une approbation de la thérapeute à la proposition d'action de la superviseure, interprétée comme l'action de confrontation et non comme une action de clôture de la thérapie. Plusieurs ressources langagières ont constitué des ressources pour la négociation des rapports de place lors de la décision d'une action future :

- a) L'ambiguïté entre les trois ordres (déontique, épistémique et émotionnel) a permis à la thérapeute de démontrer une connaissance pertinente pour la décision en question ainsi que la légitimité à prendre part à la décision. En d'autres termes, cette ambiguïté a permis à la thérapeute à revendiquer une relation symétrique basée sur une expertise épistémique octroyant des droits à l'évaluation du contenu de la décision (figure 26).
- b) La dimension émotionnelle a été initiée par la superviseure suite à une résistance de la thérapeute observée dès les premières interactions à propos de cette patiente (6.2.2). L'émergence de l'ordre émotionnel dans l'action de la superviseure (ligne 26) peut être envisagée comme une ressource pour influencer la thérapeute en vue d'une adhésion à la directive. Cette stratégie d'influence n'a pas produit d'effet sur la résistance de la thérapeute puisqu'au moment de la réponse sur ce registre émotionnel (ligne 45), le contenu ne s'oriente pas vers une congruence, mais renforce plutôt le désaccord sur la consigne de terminer le suivi thérapeutique. La thérapeute présente un énoncé impliqué (figure 27). La superviseure réoriente aussitôt le topic sur la deuxième préconisation, c'est-à-dire la confrontation de la patiente (lignes 46-47), ce qui la place sur l'ordre déontique à nouveau en position haute (figure 28).
- c) La transformation d'une directive d'action future a permis à la superviseure de recycler une décision assertive non approuvée par la thérapeute en une proposition qui favorise une décision conjointe ; la forme propositionnelle a reconfiguré les rapports asymétriques en un une dynamique relationnelle plus symétrique, octroyant des droits déontiques et épistémique à la thérapeute (figure 29).

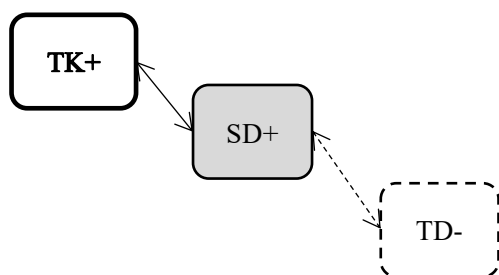


Figure 26: Argumenter pour influencer sur la décision

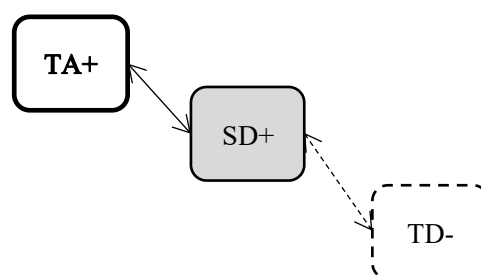


Figure 27: Produire un récit impliqué pour influencer sur la décision

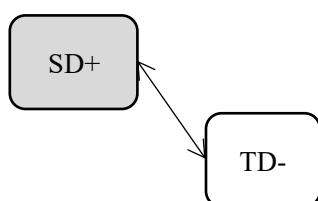


Figure 28: Rapport déontique basé sur le statut et la directive

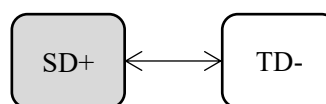


Figure 29: Atténuation de l'asymétrie déontique

Dans cette séquence, comme dans l'ensemble de nos données de recherche, la négociation des rapports de place se situe sur les trois ordres de l'interaction, en cas de refus ou de résistance de la part du thérapeute de s'aligner sur la recommandation du superviseur. Les rapports de place tendent à se négocier et s'actualiser au fur et à mesure de l'évolution des positionnements des interactants sur les trois ordres, de manière successive et synchrone. Le thérapeute recourt alors aux autres registres de l'interaction pour négocier l'action assignée. Il peut recourir à l'ordre épistémique pour argumenter du bien-fondé de son refus d'agir comme recommandé ; il peut également recourir au registre affectif par un récit impliqué pour obtenir une affiliation et réduire ainsi l'asymétrie déontique et obtenir un changement dans l'action exigée.

7.4.3. Le partage d'expériences des superviseurs

Analyser les rapports de place dans la supervision à la relation thérapeutique c'est observer comment la dynamique interactionnelle des tandems se modifie au cours des échanges. L'examen fin des interactions sur les trois ordres nous permet d'identifier les changements de positionnement des participants. Grâce à l'analyse séquentielle multimodale des séquences de la collection, nous avons repéré que certaines bascules dans les rapports de place se produisent lorsque les superviseurs partagent une expérience personnelle. Lors du travail sur la relation thérapeutique, tous les superviseurs produisent des récits d'expérience dont le contenu varie du point de vue du topic et du cadre interactionnel auquel il fait référence. Nous présentons, dans ce chapitre, un aperçu quantitatif de cette pratique (7.4.3.1) ainsi qu'une analyse interactionnelle d'un cas (7.4.3.2.) pour rendre compte de la dynamique des rapports de place lors de ces récits.

7.4.3.1. Partager sa posture affective et ses actions

Dans l'ensemble du corpus de données, 51 séquences de travail sur la relation thérapeutique (WRT) constituent la collection (chapitre 3.2), dont 22 comportent un partage d'expérience personnelle (PEX) des superviseurs. Les PEX sont des récits qui relatent des événements, des actions, des pensées ou des postures affectives des superviseurs. Notre démarche vise à décrire ces pratiques, sans prétention de généralisation. Le tableau 9 ci-dessous montre les différents types de PEX du point de vue de leur contenu et des situations auxquelles ils se rapportent, pour les six tandems :

Tableau 13: Partages d'expériences des superviseurs

Tandems	Posture affective dans la supervision	Posture affective dans la situation clinique	Action thérapeutique dans la situation clinique	Action de supervision	Expérience de vie privée	Nombre de PEX par tandem	Nombre de séquences WRT	Nombre de total WRT
Tandem A	2	4	1	0	0	7	4	16
Tandem B	1	1	4	0	2	8	5	10
Tandem C	0	2	3	0	1	6	3	5
Tandem D	2	1	1	1	3	8	4	6
Tandem E	0	2	3	1	1	7	5	12
Tandem F	0	1	1	0	0	2	1	2
Totaux	5	11	13	2	7	38	22	51

Le PEX constitue une pratique courante en supervision. Un peu moins de la moitié des séquences de la collection comporte un partage d'expériences (22/51). L'ensemble des superviseurs recourt à cette pratique. Nous relevons une apparente différence dans la fréquence des PEX pour chaque superviseur : le superviseur F recourt moins au PEX que les autres. Le superviseur des tandems C et D recourt au PEX dans plus de la moitié des séquences WRT, les superviseurs des tandems B, E et F en font usage presque une fois sur deux ou un peu moins, et la superviseure A une fois sur quatre. Toutefois, nos données ne permettent pas des comparaisons fines de leur usage : les superviseurs sont en nombre trop restreint et nous avons observé des PEX dans le corpus, en dehors de la collection WRT qui ne figurent pas dans ce tableau, ce qui laisse penser que le recourt au PEX s'étend au-delà des séquences sur la relation thérapeutique. Plusieurs PEX peuvent survenir au cours d'une même séquence de travail sur la relation thérapeutique, de manière distincte ou imbriquée dans un même tour de parole. La plupart des PEX concernent une situation passée (33/38). Lorsque le superviseur partage une expérience vécue dans la situation présente, il s'agit toujours de l'évocation d'une posture affective dans l'instant interactionnel.

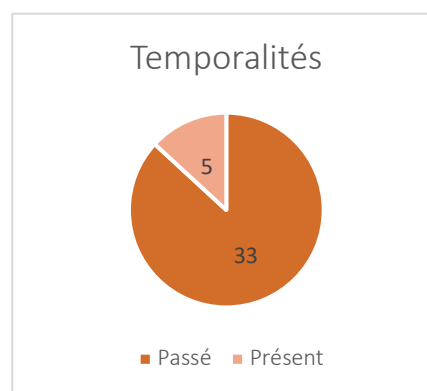


Figure 30 : Temporalité de la situation de référence

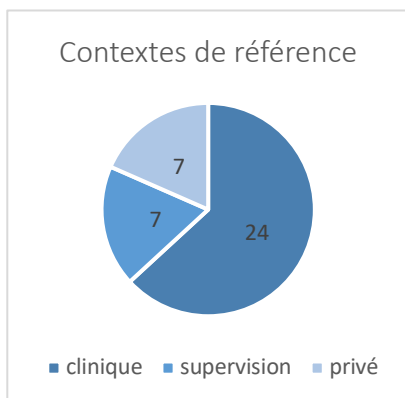


Figure 31 : Contextes de référence au PEX

Les contextes professionnels sont les plus évoqués (31/38) et les expériences de la vie privée peu fréquentes (7/38). Les PEX professionnels se rapportent majoritairement à des situations cliniques personnellement vécues dans les relations thérapeutiques (24/38) ou à des situations de supervision (7/38). Les superviseurs se réfèrent donc à leurs territoires d'expertises que sont la thérapie (et plus précisément la relation thérapeutique dans le cadre de notre recherche) et à la formation par la supervision. Lors de leurs récits, ils rendent compte de leur professionnalité et de la manière dont ils endossent leurs rôles, à la fois auprès des patients et après des thérapeutes en supervision.

Les contenus concernent de manière quasiment égale les actions concrètes et la posture affective du superviseur. Globalement, la situation clinique auprès du patient constitue le point de référence pour le partage de l'expérience personnelle du superviseur, que ce soit en rapportant des actions (13) ou une posture affective éprouvée (11).

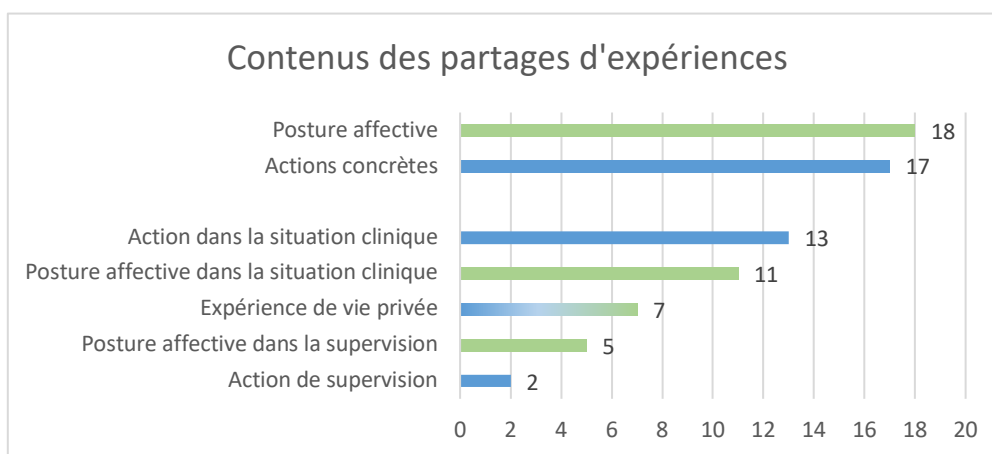


Figure 32 : Les contenus de PEX du superviseur

Bien que la situation de référence du PEX soit principalement la clinique thérapeutique, la situation de supervision en elle-même peut aussi constituer l'objet du PEX. La posture affective, c'est-à-dire les pensées, les sentiments et les évaluations émotionnelles du superviseur en cours de supervision (5), mais également les actions concrètes issues d'une autre supervision, survenues un peu plus tôt dans la séance, ou dans l'instant-même de son énonciation (2) semblent constituer une ressource pour les superviseurs. Les expériences de la vie privée sont convoquées de façon mixte : certaines se réfèrent clairement à des actions (2/7) ou à une posture affective (2/7), alors que d'autres sont hybrides (3/7), mélangeant les types d'informations, à la fois comportementaux et émotionnels.

Quels sont les usages de ces PEX ? En quoi les partages d'expérience des superviseurs constituent-ils des ressources dans les interactions avec les thérapeutes ? Pour donner un sens interactionnel à ces pratiques, nous proposons de décrire les comportements multimodaux des participants et l'émergence des PEX dans la séquentialité des tours de parole.

Posture affective et actions dans la situation clinique

Dans l'extrait suivant, la superviseure partage une expérience clinique où l'alliance thérapeutique avait été difficile à établir avec la patiente. Le PEX émerge après l'énonciation d'une émotion ressentie par la thérapeute dans un suivi thérapeutique. L'extrait débute avec un premier tour de parole au cours duquel la thérapeute fait part de son sentiment de frustration.

TA4d (39:00 – 43:03)

1 T ouais mais LA AUSSI j'suis *£frustrée£* [XXX]j'suis frustrée aujourd'hui &
2 S [X frustration]
3 T & mais parce qu'il me semblait quand même qu'elle avait un peu percuté
4 certaines [cho:ses et:
5 S [hm hm
6 **OUAIS: j'sais c- c'est frustrant des fois le travail avec les patients**
7 **sévères**
8 T ouais=
9 S **=parce que moi aussi des fois- j'ai une bordeline là qui- j'lui disais ah**
10 **bein tiens là: on a pu créer une allian::ce et puis pour finir ça s'est pas**
11 **fait↓ tu sais celle qui avait été très fâchée contre moi +là↓ après moi↓**
12 T +ah ouais↓ ouais↓
13 S **-fin tu vois on a X de ma ma grossesse +et à la fin elle me détestait &**
14 T +ouais
15 S **& mais y avait eu autr- bien eu autre CHOSE +y avait eu beaucoup &**
16 T +oui
17 S **& d'attachement justement pis ÇA elle a elle a pas du tout pu l'voir↑ pis on**
18 **avait AVANCÉ quand même↓**
19 T ouais [et quand t'es
20 S [des fois c'est VOILÀ des fois XX voilà j'pense qu'ça fait partie du
21 travail auprès de ces patients
22 T oui↓ ouais ouais c'est tellement dommage↓

La thérapeute présente des signes d'affectivité dans le premier tour de parole : le lexique est du registre émotionnel (*j'suis £frustrée£*[...]j'suis *frustrée* aujourd'hui, ligne 1) et des particules de rire sont présents dans sa voix lors de l'évocation du sentiment de frustration (*j'suis £frustré£*, ligne 1). La superviseure s'affilie avec emphase et l'usage du verbe savoir (*OUAIS: j'sais c-*, ligne 6); elle enchaîne en recyclant le topic émotionnel de la frustration et en généralisant ce sentiment au travail thérapeutique avec les patients qui ont un trouble psychiatrique sévère (*c'est frustrant des fois le travail avec les patients sévères*, lignes 6-7). La thérapeute s'aligne (ligne 8) et la superviseure reprend son tour en complétant l'énoncé précédent (*parce que moi aussi des fois*, ligne 9). Cette complétion syntaxique révèle que la frustration évoquée théoriquement dans le tour précédent concerne également la superviseure, faisant de cet énoncé un PEX. La superviseure montre une reconnaissance du vécu émotionnel de la thérapeute en partageant sa propre posture affective dans des situations cliniques similaires (*moi aussi des fois*, ligne 9). L'analyse de cet enchaînement rapide de tours indique que le PEX permet à la superviseure de manifester son affiliation. La superviseure poursuit son tour de parole par un récit d'expérience clinique dans lequel elle a été impliquée (lignes 9-18). Elle commence par une préface en alignement de la problématique clinique des patients qui ne perçoivent pas les enjeux de la relation thérapeutique précédemment énoncée par la thérapeute (*j'suis un peu frustrée aujourd'hui mais parce qu'il me semblait qu'elle avait quand même un peu percuté des cho:ses et:*, lignes 3-4). Elle décrit la problématique clinique en thématissant l'échec de l'établissement d'une alliance thérapeutique (*j'ai une bordeline là qui- j'lui disais ah bein tiens là: on a pu créer une allian::ce et puis pour finir ça s'est pas fait ↓*,

lignes 9-11). Elle développe ensuite la dynamique relationnelle en décrivant les enjeux affectifs entre la patiente et elle-même (*tu sais celle qui avait été très fâchée contre moi*, ligne 11 ; *à la fin elle me détestait*, ligne 13 ; *y avait eu beaucoup d'attachement justement*, lignes 15 et 17). Elle conclut sa description de la situation clinique avec une évaluation de la posture de la patiente qui était en décalage avec celle que la superviseure fait elle-même de l'évolution du suivi et de la relation thérapeutique (*pis ÇA elle a elle a pas du tout pu l'voir ↑ pis on avait AVANCÉ quand même ↓*, lignes 17-18). L'expression « quand-même » fait écho à l'évaluation initiale de la thérapeute quant à sa propre relation thérapeutique (ligne 3), renforçant la valeur affiliative du PEX de la superviseure. En fin d'extrait, la superviseure produit un énoncé conclusif avec une synthèse qui recycle la considération générale que le travail avec les patients ayant un trouble psychiatrique sévère peut s'avérer frustrant (lignes 6-7). Durant le PEX, la thérapeute se positionne de façon complémentaire et soutient le récit de la superviseure par des continueurs vocaux et verbaux en chevauchement non compétitifs (lignes 12, 14, 16, 19) et s'aligne sur l'activité de clôture par une affiliation finale (*oui ↓ ouais ouais c'est tellement dommage ↓*, ligne 22).

Cet extrait montre un PEX qui porte sur la posture affective de la superviseure dans les suivis thérapeutiques et sur la similarité des situations vécues. L'analyse topicale du PEX montre une action de reconnaissance de la superviseure concernant la posture affective et concernant son évaluation clinique. Cette analyse rend compte également d'une action de cadrage théorique, telle que présentée dans le chapitre 6.3.2.3, avec l'apport d'un concept qui redéfinit la relation thérapeutique au-delà de la compréhension de la patiente (*y avait eu beaucoup d'attachement justement pis ÇA elle a elle a pas du tout pu l'voir ↑*, lignes 15, 17). Le PEX semble donc permettre à la superviseure de s'affilier à la thérapeute et de proposer une nouvelle interprétation, en ce que la superviseure rend visible une part non envisagée par la thérapeute concernant sa relation à la patiente ; en effet, l'attachement dans la relation thérapeutique peut être présent malgré les apparences, selon l'expérience de la superviseure. La conclusion du PEX propose une alternative à la perspective évolutive des processus thérapeutiques (*pis on avait AVANCÉ quand même ↓*, lignes 17-18). L'analyse topicale, séquentielle et interactionnelle de cet extrait montre que la thérapeute a modifié sa posture affective, d'une posture de frustration personnelle vécue (*j'suis frustrée*, ligne 1) à une évaluation générale de regret (*c'est tellement dommage*, ligne 22). Le registre reste de l'ordre de l'affectivité (frustration et regret) mais l'implication a changé (réduction du nombre d'indices) et le travail d'élaboration d'une signification partagée semble être initié au moment du PEX.

Dans nos données, les PEX qui rendent compte d'une posture et d'actions dans une situation clinique du superviseur sont énoncés au temps du passé et sont situés en milieu ou en fin de séquence de supervision. Ils émergent donc toujours en cours d'interaction et après que le thérapeute ait largement décrit sa propre situation clinique.

Posture affective et actions du superviseur dans la supervision

L'extrait suivant présente un PEX en synthèse d'une trajectoire réflexive du thérapeute concernant sa posture affective dans une situation clinique. Le superviseur exprime sa fascination du phénomène de projections personnelles dans les suivis thérapeutiques. L'extrait se situe à la suite de l'extrait analysé dans le chapitre 6.3.2.2 et 7.4.1. Pour rappel, le tandem analysait la posture de toute puissance des thérapeutes dans les suivis cliniques, suite aux questions que se posait le thérapeute quant à sa posture avec sa patiente. Entre l'extrait

précédemment analysé et celui que nous proposons pour ce chapitre, le superviseur recommande au thérapeute de « laisser couler » avec les patients ayant des troubles psychiatriques sévères, de ne pas être trop « contrôlant » et de leur permettre de trouver leur propre façon de faire face à la maladie. L'extrait ci-dessous débute avec un énoncé conclusif du thérapeute qui s'affilie aux recommandations du superviseur en évoquant son histoire personnelle privée.

TD6 (21:11- 31:10)

1 T =oui oui↑ pis j- pis MÊME j'pense que moi MOI particulièrement parce que
2 bein: avec mon passé quoi↓
3 S hm (1.0)
4 T non c'est intéressant↓(2.0)
5 S oui pis j-fin:: t-t'as dit certaines choses de ton passé↑ j'pense que(.) quand
6 on est dans des(.) des histoires PERSONNELLES [qui peuvent être comme ÇA↑&
7 T [+ouais
8 +hoche la tête
9 S & euh: voila:-fin↓ y a des*gens certains appellent ça de la co-dépendance &
10 T *hoche la tête
11 S &[mais tu vois↑
12 T [oui OUI c'est SÛR(.)NON mais à part ça [(inaud) une hyper vigilance &
13 S [j'pense que c'est VRAI:
14 T & où qu- que j'ai- qui était [qui était présente très présente dans &
15 S [OUAIS mais c'est ÇA
16 T & mon enfance↑ j'pense qu'elle est toujours présente à quelque
17 part dans mon travail de thérapeute↑ et euh: et j'pense que c'est int-
18 intéressant que je me questionne sur le fait qu'effectivement↑ j'pense que
19 j'me j'me j'me: j'm'accroche sur certaines hypothèses pour m'dire↑ avec elle
20 j'dois être hyper vigilant sur la la question de la dépendance justement↑
21 [qu'elle devienne pas dépendante de la thérapie↑ mais mais n'empêche que &
22 S [hm hm↑
23 T & c'est ce que tu dis là↑ c'est qu'c'est plutôt àhh+hhm [àhh
24 S +hoche la tête
25 S [ton business↑
26 T NON c'est pas ça↑ c'est que c'est plutôt à moi↑ de me questionner sur
27 MA [dépendan::ce à à: quelque CHOSE mais du coup: c'est intéressant↑&
28 S [+ouais ouais ouais [ouais
29 +hoche vivement la tête----->+
30 T & parce que faut pas que moi je l'enferme dans quelque chose où dans lequel
31 elle est absolument pas↑ parce qu'elle est beaucoup plus *libre que ce &
32 S *hoche la tête
33 T & que MOI je perçois↑[ou ce que je crois aujourd' [hui
34 S [ouais [ouais
35 T donc c'est: ça a beaucoup de sens

Après une séquence de pré-clôture (lignes 1-4), le superviseur s'auto-sélectionne et amorce une transition topicale centrée sur l'histoire de vie personnelle du thérapeute évoqué dans une précédente supervision (*oui pis j-fin:: t-t'as dit certaines choses de ton passé↑*, ligne 5) ; il propose un cadrage théorique sur ce sujet (*y a des gens certains appellent ça de la co-dépendance*, ligne 9) et adresse une première partie de paire adjacente au thérapeute afin de le désigner pour le prochain tour de parole (*mais tu vois↑*, ligne 11). Le thérapeute s'aligne sur l'action attendue et produit un long développement sur le topic (lignes 12-23 et 26-35), soutenu par le superviseur (lignes 15, 22, 25, 28-29, 32, 34). Après un énoncé évaluatif conclusif du thérapeute (*donc c'est: ça a beaucoup de sens*, ligne 35), le superviseur s'aligne et propose un cadrage théorique. Il interrompt son énoncé au milieu de son tours de parole et partage alors son sentiment quant au phénomène relationnel analysé (lignes 40-42) :

36 S ouais↓ ouais↓ c'est la dimension projective final- pour dire ça AUTREMENT↑
 37 [qui: ce que NOUS on met comme thérapeutes et pis j-fin moi je suis pas:&
 38 T [+hm hm
 39 +hoche la tête
 40 S &-fin je reste quand-même très fasciné: je sais pas si c'est mon dada: de ces
 41 temps mais(.)je reste très fasciné par euh: la DIMENSION -fin la place que ça
 42 prend

Le superviseur décrit son sentiment de fascination face à l'imbrication des enjeux de la vie privée des thérapeutes avec les enjeux relationnels en thérapie (*je reste quand-même très fasciné [...] je reste très fasciné par euh: la DIMENSION -fin la place que ça prend*, lignes 41-42). L'objet de cette fascination est évoqué avec le terme « dimension », prononcé de manière accentuée, et l'anaphore « ça », qui recyclent le travail réflexif depuis le début de la séquence TD6 (voir les chapitres précédents). Ce PEX émerge à la fin d'une séquence réflexive et ponctue l'élaboration d'une signification partagée.

Partage d'expériences de la vie privée

Parfois, les superviseurs dévoilent des informations de leur vie privée lorsqu'ils partagent une expérience personnelle en lien avec le topic co-élaboré en supervision. L'extrait se situe dans une séance de supervision qui a été analysée précédemment (chapitres 6.2.2 et 6.3.2.1). Pour rappel, la thérapeute présente une situation clinique qu'elle décrit comme éprouvante émotionnellement car elle se sent agressée par le père de son patient lors des entretiens de famille. L'extrait ci-dessous émerge des échanges en fin de séance alors que la thérapeute décrit sa posture affective concernant le patient et qu'elle la compare avec celle qu'elle a avec la famille :

TE4fg (48:44 - 55:22)

T c'est MON patient donc j'ai plus le côté où j'aimerais le défendre: c'est pas non plus tout à fait légitime mais que du lien que j'ai avec LUI↑ que j'ai pas forcément avec EUX↑ y aura peut-être pas cette problématique-là si j'étais thérapeute de famille parce que je serai obligée d'être un peu la thérapeute de tout le monde↓ là je suis la thérapeute du fils↓

Puis, quelques tours de parole plus tard :

1 S ils viennent en disant on a TOUS besoin(.)ça se dit PAS(..)mais ils ont TOUS
 2 besoin↓ donc la meilleure façon d'aider ton patient c'est de régler ce qu'il
 3 y a chez EUX
 4 T hm
 5 S mais et pis s'ils viennent c'est qu'ils te font CONFIANCE que tu ENTRES et
 6 que tu règles les choses [alors EUX↑
 7 T [ça j'ai ça j'ai pas du tout ÇA comme sensation
 8 [(inaud)
 9 S [il faut te dire COMBIEN de patients tu as où les familles↑ MEME s'ils sont
 10 sévèrement ATTEINTS↑ ne viennent PAS
 11 T c'est vrai↓ (2.0)
 12 S donc tu y VAS(.)
 13 c'est que MOI je vais pas chez le pédiatre si je considère pas que c'est
 14 indispensable↓ ou si je me dis↑ ça va m'aider: ça va me rassurer: il faut
 15 qu'il me dise bon↓ sinon tu laisses ton enfant aller seul et +pis tu dis
 16 +geste de main
 17 bof: c'est rien:

Dans ce début d'extrait, la superviseure développe le thème du lien, entre un thérapeute et la famille d'un patient, qui a été initié par la thérapeute précédemment. La thérapeute ne s'aligne

pas sur l'activité d'enseignement et se désaffilie d'un sentiment de confiance qu'elle pourrait ressentir de la part de la famille de son patient (*ça j'ai ça j'ai pas du tout ÇA comme sensation*, ligne 7). La superviseure enchaîne en chevauchement compétitif de tours et suggère d'interpréter les comportements des familles qui viennent en séance de thérapie comme des marques d'implication et d'engagement dans le processus de soin de leur proche (lignes 9-10). La thérapeute s'aligne et s'affilie (*c'est vrai ↓*, ligne 11). Après une longue pause, la superviseure s'auto-sélectionne et produit le partage de son expérience personnelle privée (lignes 13-17). Elle décrit ses actions personnelles dans son rôle de mère (*c'est que MOI je vais pas chez le pédiatre si je considère pas que c'est indispensable ↓*, lignes 13-14), ainsi que sa propre posture affective en tant que mère inquiète (*si je me dis ↑ ça va m'aider: ça va me rassurer*, ligne 14). Elle complète avec un discours fictif (*il faut qu'il me dise bon ↓ sinon tu laisses ton enfant aller seul et pis tu dis bof: c'est rien;*, lignes 14-17). Ce PEX met en scène les actions des familles et leur posture affective à l'égard des soignants de leur proche. Il souligne ce qui doit être compris par la thérapeute et qui a fait l'objet d'un développement antérieur (lignes 5-6).

Dans l'ensemble de la collection, le PEX privé semble mettre en miroir des postures ou des actions du superviseur, issus d'événements survenus dans sa vie privée, avec la posture ou des actions, soit du thérapeute soit des personnes en thérapie. Le PEX privé s'avère une ressource langagière du superviseur pour indiquer au thérapeute des informations qu'il juge significatives pour l'analyse de la situation clinique problématique et pour préparer des interventions futures. Les PEX se situent au carrefour des ordres épistémique et émotionnel, en ce qu'ils comportent des caractéristiques des actions de supervision, telles que la reconnaissance, l'interprétation, et le cadrage théorique et technique. Ils rendent manifestes les territoires épistémiques mobilisés par les superviseurs pour étayer leurs analyses du point de vue des expertises thérapeutiques, privées ou de supervision. De plus, la pratique du PEX semble également participer au phénomène de mise en abyme décrit lors des analyses de l'affectivité dans les interactions de supervision. Elle permet aux superviseurs de non seulement convoquer des postures et des actions éprouvées dans les situations cliniques ou privées, mais elle consiste aussi en une démonstration *in situ* de la manière d'utiliser les expériences personnelles dans l'analyse et la gestion des enjeux relationnels thérapeutiques.

7.4.3.2. Les rapports de place lors des partages d'expériences du superviseur

Examiner un partage d'expérience du superviseur selon la perspective des trois ordres de l'interaction permet de rendre compte des rapports de place dans la supervision. L'analyse topicale et séquentielle des interactions offre une visibilité des positionnements des interactants du point de vue du pouvoir, de l'expertise et de l'affectivité. Comme indiqué dans le chapitre précédent, le PEX constitue une ressource particulière du phénomène d'emboîtement ; nous montrons dans ce chapitre qu'il peut également constituer une stratégie technique pour agir sur les trois ordres de l'interaction et enseigner ainsi la relation thérapeutique.

Les interactions ci-dessous ont été analysées dans deux chapitres précédents pour décrire l'emboîtement du cadre interactionnel clinique dans la supervision (4.4.2) et la dynamique d'implication des thérapeutes (5.3.1.2). Après une courte contextualisation (TF3a_extrait 1), l'analyse suivante se concentre sur le PEX du superviseur et sur les positionnements des interactants sur les trois ordres interactionnels (TF3a_extrait 2). Nous présentons le deuxième extrait en quatre parties, selon un découpage des phases interactionnelles du travail sur la

relation thérapeutique. L'analyse comporte une complexité inhérente à l'objet et à la mobilisation articulée de tous les outils analytiques utilisés dans cette recherche. Les chapitres théoriques et méthodologiques de la PARTIE I du manuscrit comprennent la présentation détaillée des concepts et des méthodes mobilisées. Pour rappel, le tandem F est constitué d'un superviseur psychiatre et d'une thérapeute psychologue qui travaillent dans une même consultation psychiatrique. Le superviseur est également le psychiatre responsable du service au sein duquel la supervision prend place, ce qui lui confère un double rôle, à la fois de supérieur hiérarchique et de formateur. Les statuts et les rôles institutionnels le placent dans un rapport déontique et épistémique asymétrique avec la thérapeute (SD+/TD- et SK+ et TK-). Les échanges se situent à la fin d'une séquence consacrée à la relation conflictuelle d'une patiente avec la thérapeute ; cela configure les positionnements dans l'ordre émotionnel avec une activité discursive de type *storytelling* pour la thérapeute, le superviseur prenant la place du destinataire de la narration. La thérapeute a débuté la présentation de la situation clinique avec un niveau d'implication élevé (voir chapitre 6.3.1.2). Le travail de supervision a permis ensuite de développer une signification partagée des enjeux de la relation thérapeutique qui sont synthétisés dans l'extrait 1.

TF3a_extrait 1 (52 :53-54:08)

1 T mais euh: faut peut-être que j-
2 S ouais c'est peut-être un peu: euh: ouais on sait PAS elle est:
3 sensible↓(.)c'est peut-être un peu précoce de lui dire↑ dans ces cas-là↑
4 peut-être↑ j'sais pas on peut:(2.0)
5 bon là on est dans une phase d'investigation encore mais plus tard on peut
6 peut-être davantage s'intéresser à l'objet: eu: euh:(.)que: qu'à elle
7 même(.)-fin(..)de la faire décrire par exemple +comment elle se sent euh:&
8 T + écrit dans son dossier --->
9 S & victime euh au travail↑ et puis de: la faire décrire euh: la relation avec
10 son patron et pis comment le patron↑ euh: je sais pas: la MALTRAITE(.)ça va
11 toujours être cette thématique-là qui va ressortir↓
12 T hm hm (5.0)
13 S quand c'est trop chaud [°aussi tu peux aussi refroidir un peu°:
14 T [ouais
15 ----- >+
16 .hhouais(0.5)ouais c'est peut-être ÇA alors euh: c'est que j'ai trop voulu
17 euh: insister↓(.)peut-être(1.0)
18 S hm bein [c'ta dire que:: tu te: s:(1.0)
19 T [°c'est pas bon quoi↓°]
20 °y a des choses [qui faut pas faire quoi↓°
21 S [tu attires les FOUURES quoi↓

Cet extrait est typique des fins de processus réflexifs, après une gestion collaborative d'une affectivité augmentée : l'implication de la thérapeute est revenue à un niveau relativement bas (par exemple, pas de signes d'emphase dans les énoncés), l'activité de supervision concerne l'enseignement ainsi que la préparation des interventions futures, et la thérapeute produit une auto-évaluation de ses actions et de sa posture thérapeutique. Puis, durant quelques secondes (hors transcription), le tandem élabore de nouvelles options d'actions en vue d'une psychothérapie psycho-dynamique.

Le deuxième extrait débute avec une pré-clôture de l'activité d'enseignement technique concernant l'établissement d'un cadre thérapeutique (lignes 1-7). Il s'en suit un partage d'expérience du superviseur dans son activité clinique auprès d'une patiente dont le tandem a déjà parlé lors d'un autre moment de supervision.

TF3a_extrait 2 (54:55-56:21)

1 S NON mais elle a pas besoin on a pas besoin qu'elle reconnaisse tout↑ on a
 2 juste besoin qu'elle soit d'accord avec le fait que par exemple si tu poses
 3 ton cadre de psychothérapie euh: une ou deux fois par SEMAINE↑ tu tu:(.)une
 4 des conditions↓ le jour où elle décide d'arrêter↑ c'est minimum quatre
 5 entretiens pour euh: être sûr que c'est euh: une bonne décision↓
 6 T °hm hm↓ +ouais↓°
 7 +ferme ses dossiers et les pose sur la table----->
 8 S la patiente là: +dont je te parlais là::(inaud)euh: à chaque entretien↑ elle
 9 +s'avance sur son fauteuil
 10 voulait plus jamais revenir↓
 11 T fah ouaisf↑
 12 ----->+ regarde le superviseur
 13 S +et et:
 14 +s'avance sur le bord avant de son fauteuil et pose ses dossiers sur la table
 15 T finalement t'avance comme ça petit à petit
 16 S et moi j'ai j'ai pendant super longtemps↑je faisais ce que tu faisais↑ et je
 17 je je et j- et pis elle se sentait accusée: euh: euh(.)responsable de tout:
 18 euh:(3.0)
 19 je pense que c'était JUSTE↑ et pis en même temps euh je sais PAS(.)
 20 °peut-être que je ferais un petit peu différemment°
 21 T mais qu'est ce qui a fait que ça a pu changer au bout d'un moment
 22 S ouais::°je sais pas si ça a tellement changé°(2.0)
 23 le:la permanence [du LIEN quand même(.)le fait que: elle parte en claquant&

Malgré les signes de pré-clôture manifestés par la thérapeute (lignes 6-7), le superviseur initie une nouvelle séquence interactionnelle en s'auto-sélectionnant et en proposant un nouveau topic (*la patiente là : dont je te parlais là :: (inaud) euh à chaque entretien ↑ elle voulait plus jamais revenir↓*, lignes 8-9). La suite de cette partie montre le développement topical de la situation clinique du superviseur. Il décrit ses actions (*je faisais ce que tu faisais*, ligne 16), la posture émotionnelle de sa patiente (*elle se sentait accusée : euh : responsable de tout ;*, ligne 17). La thérapeute soutient l'activité de renseignement par un topicalisateur (ligne 11) et des questions de relance (lignes 15 ; 21).

Du point de vue déontique, le superviseur indique son autorité par le pilotage des étapes de la supervision, revendiquant ainsi sa légitimité à déterminer les actions dans la séance (voir le chapitre 2.2.2). La thérapeute s'aligne sur le nouveau topic en produisant un topicalisateur amusé (*fah ouais ↑E*, ligne 11) et confirme le rapport de place asymétrique. Les indices vocaux (particules de rire dans la voix) et gestuels (orientation du regard vers le superviseur, ligne 12) invitent le superviseur à poursuivre. Bien qu'il donne des signes d'engagement dans l'activité de renseignement suggérée par la thérapeute (s'avance sur son fauteuil, lignes 9-14), le superviseur semble hésiter (*et et ;*, ligne 13). Par cette retenue, il atténue l'asymétrie déontique et initie une bascule des rapports de place, en ce qu'il octroie à la thérapeute le droit de piloter la suite de l'interaction. Elle s'aligne sur cette proposition tacite et formule un commentaire évaluatif, ressource langagière d'un positionnement déontique proximal (*finalement t'avance comme ça petit à petit*, ligne 15). Le superviseur formule la suite de sa description en complément syntaxique (lignes 16-18) et prend la position basse complémentaire. Les deux tours de paroles suivants stabilisent ce rapport déontique asymétrique inversé par le fait que le superviseur s'aligne une nouvelle fois (ligne 22) en répondant à la question de la thérapeute (ligne 21). Une longue pause offre une opportunité de prise de tour à la thérapeute (ligne 22), mais elle ne la saisit pas. Le superviseur s'auto-sélectionne et développe le topic, reprenant le contrôle de l'agenda interactionnel (ligne 23).

Le graphique suivant représente les positionnements déontiques du superviseur (SD, en bleu) et de la thérapeute (TD, en jaune), selon les actions à chaque ligne de la transcription (axe horizontal). Pour les codes d'attribution des indices de positionnement déontique (axe vertical), il faut se référer au chapitre méthodologique 3.3.4.4.

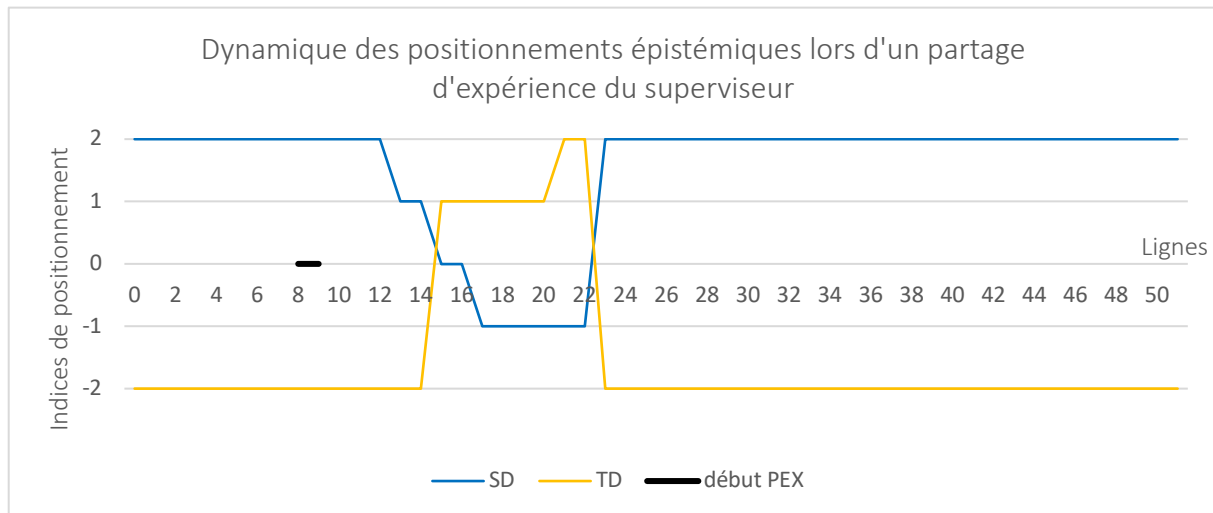


Figure 33 : Dynamique des positionnements déontiques

Lorsque le superviseur hésite à développer le nouveau topic qu'il a initié avec le PEX (ligne 8), la courbe montre une atténuation de la position déontique à la ligne 13 (+1). Il s'avance physiquement et montre un engagement dans l'interaction en cour (ligne 14). La thérapeute, qui n'a pas ajusté son positionnement jusqu'à ce moment, formule un commentaire (ligne 15). Invitée par le comportement engagé du superviseur, elle prend ainsi un léger contrôle sur l'agenda interactionnel par cette action dirigée (+1). Le superviseur se positionne alors de manière complémentaire en s'alignant sur l'activité conjointement menée (0 ; -1). Sa position déontique basse (-1) est moins prononcée que la position initiale de la thérapeute (-2) en ce qu'il produit des comportements actifs de construction de la trajectoire topicale du tandem. C'est lorsque la thérapeute s'auto-sélectionne en formulant une question (ligne 19), qu'elle prend une position déontique proximale haute (+2), sur laquelle le superviseur s'aligne encore (ligne 22). Les places se reconfigurent ensuite selon les positionnements du début de l'extrait, avec la prise de tour du superviseur (ligne 23) et restent stables du point de vue déontique jusqu'à la fin de l'extrait.

Sur un plan épistémique, nous observons une bascule abrupte à la ligne 19, avec une inversion rapide et fugace des rapports de place. Le cadre contractuel de la supervision distribue une autorité et une primauté épistémique au superviseur sur les territoires d'expertise de la thérapie du point de vue théorique et technique (voir les chapitres 2.2.1 et 7.2.1). Jusqu'au PEX, les rapports de place (SK+/TK-) sont distribués selon l'activité de supervision en cours, à savoir l'enseignement théorique et pratique de la psychothérapie, et ils sont basés sur le territoire épistémique de l'expertise clinique. Le graphique suivant présente la dynamique des positionnements épistémiques (la graduation de l'abscisse est modifiée à partir de la ligne 19 car c'est en cour d'énoncé que les positions changent) :

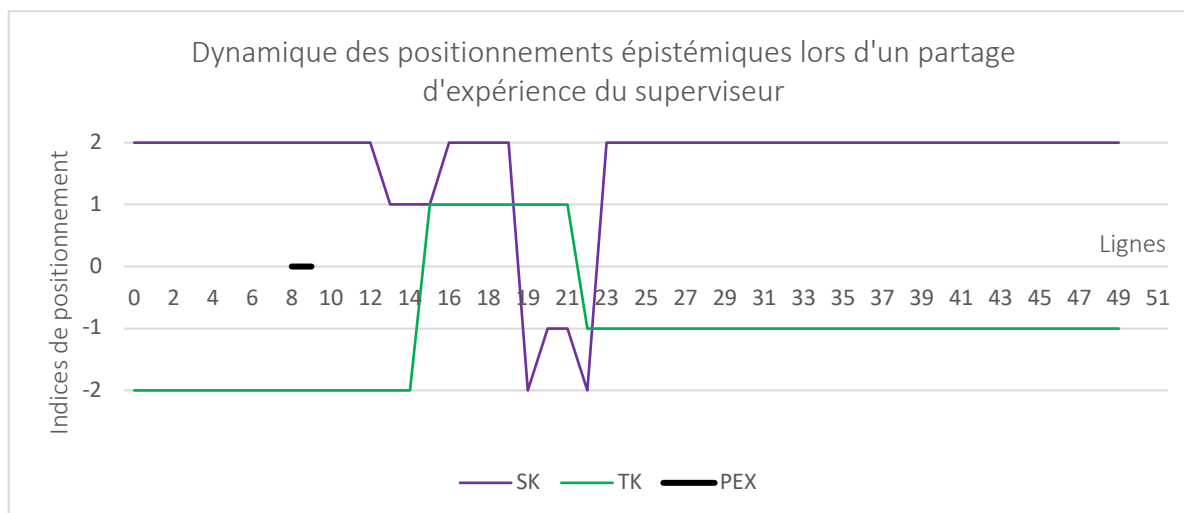


Figure 34 : Dynamique des positionnements épistémiques

Après l'annonce de la transition topicale (lignes 8-11), le superviseur développe son récit d'expérience. Il présente des signes d'hésitation (*et et;*, lignes 13-14) et atténue l'asymétrie épistémique (+1) en changeant de territoire d'expertise. Il recourt alors à sa connaissance de la situation clinique dans laquelle il est engagé, et il renseigne la thérapeute sur le suivi thérapeutique (lignes 16-18). Lorsqu'il explicite ces informations, il fait preuve d'expertise à propos de la situation vécue (+2). Dans un premier temps et malgré le changement de territoire épistémique, la thérapeute maintient sa position basse (-2) car elle soutient le récit du superviseur (rapport de places attendu dans l'activité de renseignement). Cependant, elle produit un commentaire descriptif (ligne 15) qui indique une connaissance des processus thérapeutiques sans ajout majeur sur le contenu topical ; ce commentaire manifeste une position épistémique légèrement augmentée (+1), qui se confirme à l'énonciation de la question (ligne 21). Cette première partie d'une paire adjacente montre un soutien actif pour l'explicitation du thérapeute. Il se produit ensuite une bascule qui inverse les rapports épistémiques lorsque le superviseur énonce une évaluation ambivalente de ses actions thérapeutiques (ligne 19) : il évalue son action de manière affirmée, ce qui le positionne de manière haute (*je pense que c'était JUSTE ↑*) et, dans le même tour de parole, il se place de façon « non-sachante » (*et pis en même temps euh je sais PAS*), basculant de la position d'expert (+2) à la position de méconnaissance (-2). Il énonce ensuite un doute (*°peut-être que je ferais un petit peu différemment°*, ligne 20) et sa position épistémique oscille et chute à nouveau avec l'énonciation d'une évaluation empreinte de doute (*ouais ::°je sais pas si ça a tellement changé°*, ligne 22). Après une longue pause, le superviseur s'auto-sélectionne et produit une assertion théorique qui le replace dans une position épistémique haute (*le:la permanence du LIEN quand même(.) le fait que [...]*, ligne 23), qu'il maintient ensuite jusqu'à la fin de l'extrait, ratifié par le positionnement de la thérapeute en position basse.

En bref, sur la courbe du superviseur, nous observons une légère et brève dépression épistémique au changement de territoire d'expertise, qui génère une modification du positionnement épistémique de la thérapeute, sans pour autant reconfigurer le rapport de places du tandem. La courbe du superviseur indique ensuite un changement net dans son positionnement, inversant de ce fait le rapport épistémique avec la thérapeute pour un court instant. Cette asymétrie inversée correspond au moment du PEX où le superviseur interroge sa posture et ses actions thérapeutiques. A ce stade de l'analyse, nous observons que le PEX produit des changements dans les positionnements des interactants sur les deux ordres,

déontique et épistémique. L'illustration suivante (figure 35) montre les ajustements successifs des rapports de place suite au partage d'expérience du superviseur. Les interactants semblent reprendre leurs places respectives avant le PEX, à l'exception du positionnement épistémique de la thérapeute qui se maintient dans une pente asymétrique plus faible qu'en début d'extrait.

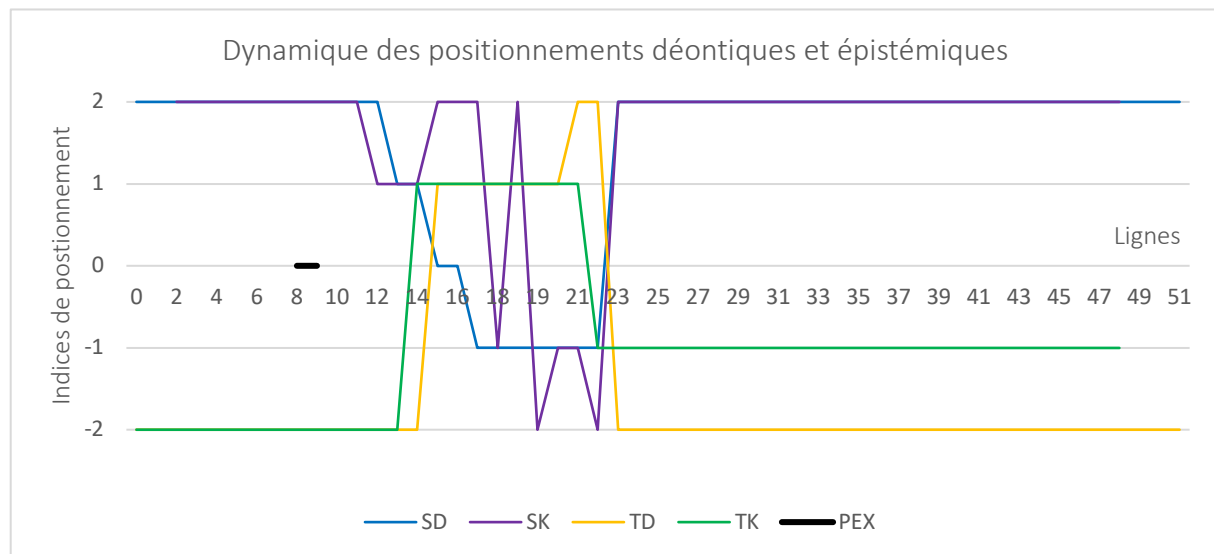


Figure 35 : Positionnements déontiques et épistémiques lors d'un PEX

Du point de vue des positionnements dans l'ordre émotionnel, les rôles des participants s'inversent avec la transition topicale initiée par le PEX du superviseur. Dans les lignes 1 à 7, le topic est centré sur la situation clinique de la thérapeute. Le pronom « elle » désigne la patiente dont il est question depuis le début de la séquence. Avec son partage d'expérience, le superviseur change les rôles et les actions attendues dans les interactions qui suivent. Il endosse le rôle du narrateur d'une situation clinique, qui est généralement attribué au thérapeute en formation selon le cadre interactionnel de la supervision. Le pronom « elle » désigne désormais sa patiente et non plus la patiente de la thérapeute. Par la topicalisation (ligne 11), la thérapeute endosse le rôle du destinataire du récit d'expérience. Dans les *storytelling* (voir chapitre 1.3.3), le narrateur produit un récit plus ou moins impliqué émotionnellement selon un schéma préférentiel qui engage le destinataire à s'affilier à la posture affective charriée par le récit. L'organisation conversationnelle implique que le destinataire soutienne le récit et produise progressivement des signes de reconnaissance du vécu énoncé, jusqu'à l'accomplissement d'une affiliation conjointe. Ensuite, les partenaires élaborent, en principe, une signification commune de l'histoire racontée. Le PEX du superviseur implique donc un changement de rôles dans l'ordre émotionnel. Nous avons vu, au chapitre 6, consacré à l'analyse de l'affectivité dans les interactions de supervision, que les indices d'implication constituent les marqueurs du positionnement affectif des interactants. Considérant la ligne affective de base du tandem (voir chapitre 6.3.1.2), aucun signe d'implication n'est observable dans les échanges (lignes 1 à 18). Toutefois, une légère modification se donne à voir (lignes 19, 20, 22), lorsque le superviseur manifeste des signes de doutes : lexique du registre du doute (*je sais PAS*, ligne 19 ; *ouais :: je sais pas si ça a tellement changé*, ligne 22) ; variation prosodique et du volume de la voix, deux longues pauses avant et après les énoncés impliqués (lignes 18 et 22). Nous verrons, dans les parties 2 et 3 de l'extrait, comment la dynamique affective se modifie plus amplement.

La 2^e partie de l'extrait rend compte d'un rapport déontique et épistémique asymétrique par le fait que le superviseur reprend le contrôle de l'agenda interactionnel sur un territoire d'expertise professionnel. La thérapeute s'aligne sur l'activité menée sans plus influencer sur le cours de la trajectoire topicale.

23 S le:la permanence [du LIEN quand même(.)le fait que: elle parte en claquant&
 24 T [c'est ça ouais↓
 25 S &la porte et que je lui dise↑(.)à [la semaine prochaine et pis que
 26 T [ouais(.)ça c'est ouais(.)fc'est çaf
 27 S je suis pas si euh horrible que ce qu' [elle projette sur NOUS
 28 T [°ouais↓ ouais↓ hm↓° (1.0)
 29 S bein j-j'crois que c'est c'est la question ouais de(.)de:(3.0)
 30 euh l'ACCEPTATION de: des projections négatives qui sont vraiment: très
 31 [très importantes↓

La trajectoire topicale amorce un virage dans cette deuxième partie avec une auto-sélection du superviseur, qui ouvre le thème de la relation thérapeutique (ligne 23). Le rapport épistémique asymétrique, qui se maintient jusqu'à la fin de l'extrait, montre un positionnement fort du superviseur. Il recourt à des notions théoriques (*la permanence du LIEN*, ligne 23 ; *elle projette*, ligne 27 ; *les projections négatives*, ligne 30) pour analyser la situation clinique qu'il décrit (*le fait qu'elle parte en claquant la porte et que je lui dise ↑(.) à la semaine prochaine*, lignes 23, 25). La thérapeute, quant à elle, s'aligne sur l'analyse que le superviseur mène et produit des évaluations positives de ces nouveaux apports topicaux (lignes 24, 26, 28). Bien que la thérapeute n'apporte pas d'éléments supplémentaires du point de vue topical, ses actions montrent une certaine connaissance théorique des phénomènes analysés (-1), en ce qu'elle réagit activement aux énoncés du superviseur. Ces assertions surviennent en chevauchement non compétitifs de tours, à des moments significatifs des énoncés du superviseur, c'est-à-dire à chaque nouvel élément de l'analyse (la permanence du lien, la patiente part en claquant la porte, la projection).

Au niveau de l'ordre émotionnel, nous avons affirmé précédemment que les rôles interactionnels dans l'ordre émotionnel se sont inversés lors du PEX, attribuant des droits et des devoirs au interactants ; celui de produire un récit d'expérience vécue plus ou moins impliqué pour le narrateur, et celui de soutien à l'explicitation et d'affiliation pour le destinataire. La 2^{ème} partie de l'extrait indique qu'une affiliation partagée est en cours d'élaboration. Le superviseur produit un récit peu impliqué mais dont le contenu a une teneur affective et conflictuelle : la patiente part (*en claquant la porte*, ligne 23 ; *et pis je suis pas si euh horrible*, ligne 27). Il décrit sa posture auprès de la patiente, la fiabilité, signifiée par la notion de permanence du lien (ligne 23) et l'acceptation (ligne 30). Il rend compte également de ses actions concrètes pour assurer sa posture thérapeutique, avec un discours rapporté (*le fait que je lui dise ↑(.) à la semaine prochaine*, ligne 25). Sans interrompre le récit du superviseur, la thérapeute produit des marques affiliatives en chevauchements d'énoncés (lignes 24, 26, 28) ; elle montre qu'elle reconnaît la posture et les actions thérapeutiques du superviseur (elle valide et confirme en riant les informations produites).

Nous relevons toutefois une particularité dans cette interaction, qui ne correspond pas tout à fait aux *storytelling* observés dans nos analyses précédentes. Le narrateur, ici le superviseur, produit davantage qu'un récit d'expérience. Dans la partie 1, il signifie une similarité entre ses actions en tant que thérapeute et celles de la thérapeute en supervision (*et moi j'ai j'ai pendant super longtemps ↑ je faisais ce que tu faisais*, ligne 16). Cet énoncé convoque deux situations cliniques survenues ailleurs que dans la supervision, comme un double emboîtement de cadres interactionnels. Par cette action, il signifie une sorte d'affiliation par la reconnaissance de

l'expérience de la thérapeute avec sa propre expérience thérapeutique. Le superviseur produit, quelques lignes plus bas, un énoncé qui imbrique les deux situations cliniques, de manière un peu confuse (*et pis que je suis pas si euh horrible que ce qu'elle projette sur NOUS*, ligne 27). Le « NOUS » désorganise la construction syntaxique de l'énoncé, ce qui gêne l'attribution de la patiente de référence au pronom « elle ». Cet énoncé ne permet plus d'identifier clairement quelle situation de référence le superviseur convoque dans son énoncé. L'analyse du PEX, au plan de l'ordre émotionnel, montre que le superviseur endosse non seulement le rôle de narrateur, typique de ce qui est attendu du thérapeute en supervision, mais également le rôle de formateur qui s'affilie aux récits d'expériences de la thérapeute.

L'interaction se poursuit et s'accélère sur l'initiative du superviseur qui développe le topic de la relation thérapeutique ; pas celle de la situation clinique du PEX dont il est le sujet d'analyse, mais la relation de la thérapeute avec sa patiente, qui est l'objet de la séquence de supervision TF3a :

```

32 T [hm hm↓ hm hm↑
33 S ÇA PEUT D'AILLEURS être une façon d'être empathique pour ELLE↑=
34 T =°hm hm↓ d'accepter°=
35 S =de se dire que(.) *ce que toi tu vis LÀ comme PROJECTION: cette INTENSITE
36                               *agite la main devant sa gorge en ponctuant les mots--->
37 l'AGRESSION↑=
38 T =°.hhouais↑ [xxx°
39 S [qui est vraiment assez VIF HEIN↑ça c'est ce qu'elle s'inflige
40 tout le TEMPS
41 ----->*
42 T ouais ouais ouais↑ c'est HORRIBLE(.) °c'est affreux°↓

```

Le superviseur opère un glissement topical. Il ne s'agit pas d'une transition franche puisque le topic de la relation thérapeutique a été maintenu. Cependant, il concentre son développement sur la seule situation clinique de la thérapeute, avec un recours aux pronoms « elle » (lignes 33, 39) et « toi tu » (ligne 35) qui ne laissent désormais aucune place au doute sur la situation de référence. Du point de vue déontique et épistémique, le superviseur maintient son autorité et la thérapeute la position complémentaire. Il recycle le vécu détaillé de la thérapeute du début de la séquence, lorsqu'en elle avait décrit les difficultés rencontrées avec sa patiente de manière fortement impliquée (voir chapitre 6.3.1.2).

Du point de vue de l'ordre émotionnel, les signes d'affectivité de cette partie sont présents dans les productions multimodales du superviseur (allant jusqu'à 16 indices) :

- lexique du registre de l'affectivité : être empathique pour ELLE (ligne 33) ; ce que toi tu vis LÀ, PROJECTION (ligne 35) ; AGRESSION (ligne 37)
- intensification des termes du registre des émotions (PROJECTION, AGRESSION)
- augmentation du nombre de syllabes accentuées par rapport aux productions précédentes
- variations fréquentes du volume de voix
- augmentation des gestes (agite la main devant sa gorge en ponctuant les mots, lignes 36-41).

La thérapeute s'aligne et soutient le discours du superviseur (lignes 34 et 38) jusqu'à l'apogée du récit (ligne 40-41). Elle produit finalement un énoncé affilié à la posture de sa propre patiente (*ouais ouais ouais ↑ c'est HORRIBLE (.) °c'est affreux° ↓*, ligne 42). La fin de la trajectoire topicale et affective de l'extrait se donne à voir dans la dernière partie analysée ci-dessous:

43 S et elle essaie *vraiment de se DEGAGER de ÇA↑ -fin↓ pour garder: et le
 44 *projète les mains devant lui
 45 PRINCIPE c'est de garder une image d'elle-même très: IDEAL↑ très: elle n'est
 46 pas↑ euh: cette horrible fille qu'elle pense qu'on: °a d'elle°
 47 T hm hm↓
 48 S °l'opinion qu'elle pense qu'on a d'elle°
 49 T °ouais↑(.) °ouais°↓(3.0)
 50 S t'as un entretien↑
 51 T oui ::

Du point de vue déontique, le superviseur garde la maîtrise des étapes de la supervision, en amorçant l'élaboration du sens de l'histoire narrée (lignes 43-48) et en initiant la séquence de pré-clôture de la séance de supervision (ligne 50). Son développement analytique montre qu'il détient l'autorité et la primauté épistémique pour donner une interprétation du fonctionnement psychologique de la patiente de la thérapeute. Concernant l'ordre émotionnel, cette dernière partie montre une diminution rapide du style de discours emphatique, indice du passage à l'élaboration de la signification du point culminant de l'histoire et du retour à une conversation moins chargée émotionnellement.

Le graphique suivant (figure 36) montre la dynamique des places dans l'ordre émotionnel durant la durée de l'extrait. Les positionnements sur l'ordre émotionnel sont en bordeaux pour le superviseur (SE) et gris pour la thérapeute (TE) :

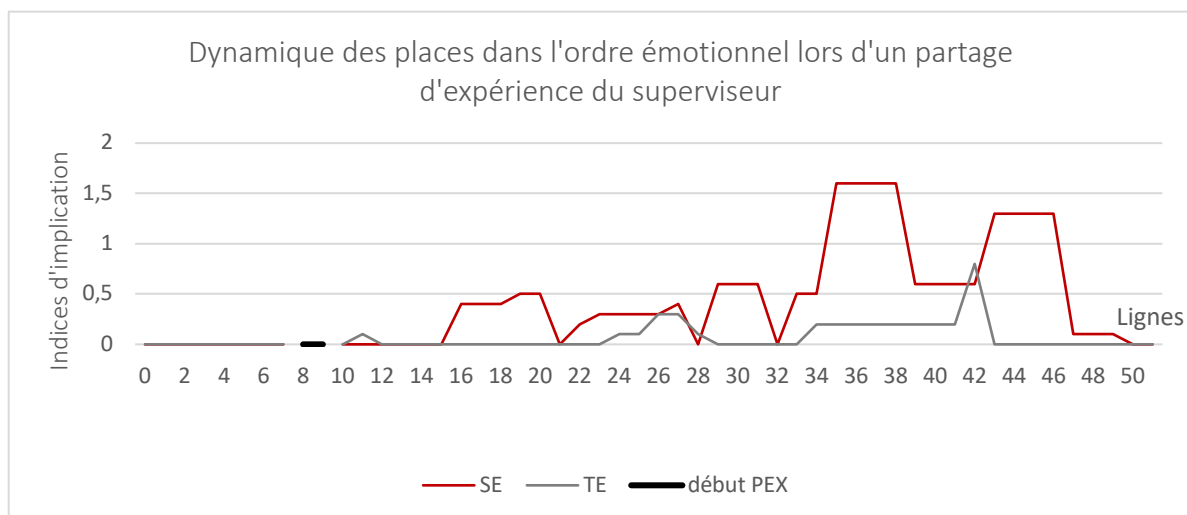


Figure 36 : Dynamique des places dans l'ordre émotionnel lors d'un PEX

A l'aide de ce graphique, nous présentons une synthèse chronologique des positionnements du tandem dans l'ordre émotionnel durant cet extrait :

- Jusqu'au partage d'expérience du superviseur, aucune marque d'affectivité n'est observable. Les rapports de place sont ceux du cadre interactionnel de la supervision : la thérapeute endosse le rôle de narratrice d'une expérience vécue et le superviseur celui du destinataire du récit.
- Au moment du PEX (des lignes 8 – 27), les rôles s'inversent par le fait que le superviseur devient le narrateur d'une histoire clinique et la thérapeute la destinataire du récit. Dès lors les droits et devoirs dans l'expression de l'affectivité se modifient. Il est attendu que le narrateur (le superviseur) manifeste des signes d'implication et que le destinataire (la thérapeute) produise des signes d'affiliation.

Le superviseur manifeste de légers signes d'implication durant le PEX (lignes 14-31) et la thérapeute s'affilie à la posture de thérapeute énoncée par le superviseur dans son PEX.

- Suite aux trois énoncés affiliatifs de la thérapeute, le superviseur change de rôle (lignes 29-31), abandonnant le rôle de narrateur d'une expérience vécue au profit du rôle de formateur. Toutefois, il maintient son niveau d'implication jusqu'à ce que la thérapeute s'aligne et ratifie le nouveau positionnement (ligne 32).
- Le superviseur augmente abruptement les signes d'implication (ligne 33) en orientant la trajectoire topicale sur la situation clinique de la thérapeute ; cela paraît l'amener à s'affilier à la posture affective de sa propre patiente.
- Le niveau d'implication des deux interactants revient alors à l'état initial.

Si l'on combine cette analyse de l'affectivité en interaction avec la trajectoire topicale, le PEX semble permettre une articulation entre deux situations cliniques, celle de la thérapeute et celle du superviseur. Au niveau séquentiel, le PEX émerge lors de la pré-clôture de la séquence centrée sur la situation clinique de la thérapeute. Le superviseur ouvre une nouvelle analyse qui comporte des similitudes sur les caractéristiques affectives des personnes concernées. Une fois l'affiliation de la thérapeute obtenue sur sa posture affective, le superviseur recycle la situation clinique initiale. Il recadre alors la posture de la thérapeute en lui attribuant une nouvelle interprétation des comportements et du vécu de sa patiente. Ce recadrage théorique et cette interprétation comportent de nouvelles informations qui permettent à la thérapeute d'augmenter ses connaissances, visibles par la position épistémique légèrement augmentée en fin d'extrait.

Examiner les rapports de place selon les trois ordres de l'interaction dans le cas d'un PEX du superviseur informe de manière située les pratiques de la supervision. Faire l'exercice d'un regard analytique plus distancié des mouvements multimodaux visibles dans la séquentialité des tours de parole offre un premier pas vers une transposition possible des résultats de l'analyse. Nous proposons de superposer les analyses ci-dessus en un seul graphique (figure 37) :

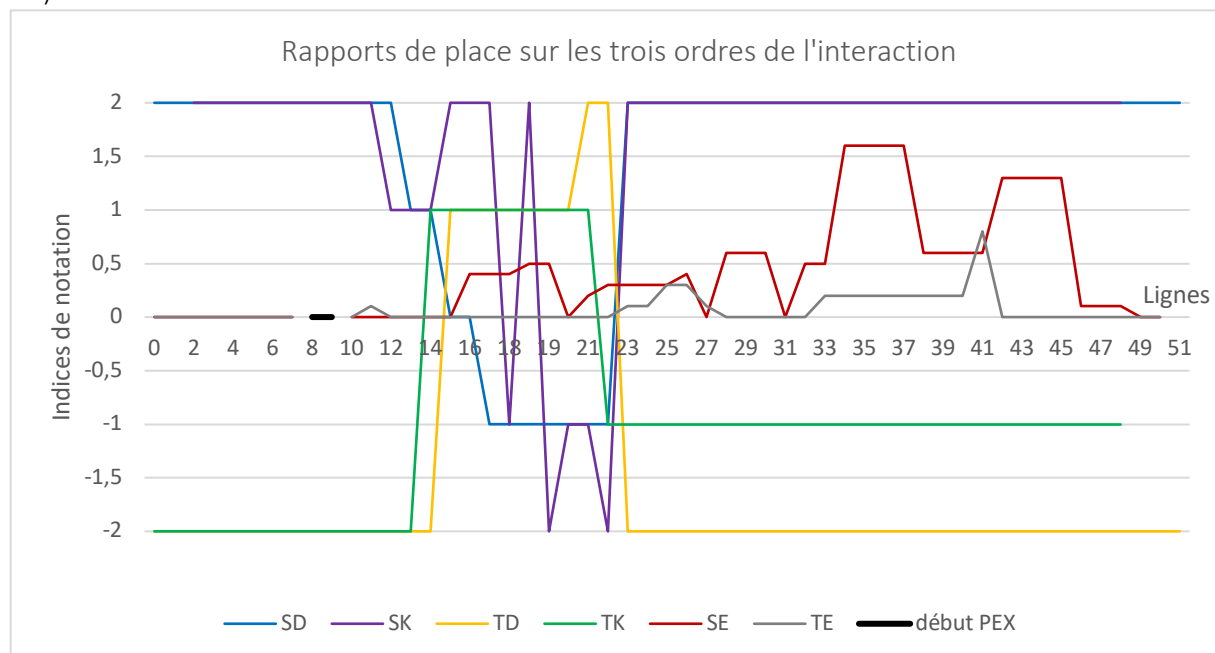


Figure 37 : Rapports de place sur les trois ordres interactionnels lors d'un PEX du superviseur

Sur ce graphique, la dynamique des rapports de place suite au partage d'expérience du superviseur se donne à voir dans les positionnements des participants au cours de l'interaction. Rôles et places sont relativement distribués sur les trois ordres de l'interaction lorsque les échanges répondent à une organisation négociée. Dans la situation analysée, les rapports déontique (bleu, jaune) et épistémique (violet, vert) sont répartis selon des asymétries relativement définies par le cadre institutionnel de la supervision, et selon l'état des positions négociées par les participants jusqu'au moment d'un évènement interactionnel significatif. Dans ce chapitre, le partage d'une expérience clinique du superviseur bouscule les rapports de place en modifiant les rôles de l'ordre émotionnel. Initiée par le superviseur selon son autorité déontique, cette modification implique une nouvelle répartition des droits et devoirs dans la gestion de l'affectivité du tandem, ainsi que la nécessité de recourir à de nouveaux territoires épistémiques pour contribuer au développement topical de l'échange. L'analyse montre que le tandem mobilise des ressources interactionnelles pour renégocier les places sur les ordres déontiques et épistémiques avant que les signes d'affectivité augmentée ne se manifestent de manière accentuée. Existe-t-il alors un lien particulier entre les ordres déontique et épistémique ? L'examen des positions sur ces deux ordres pour chaque interactant indique des mouvements conjoints :

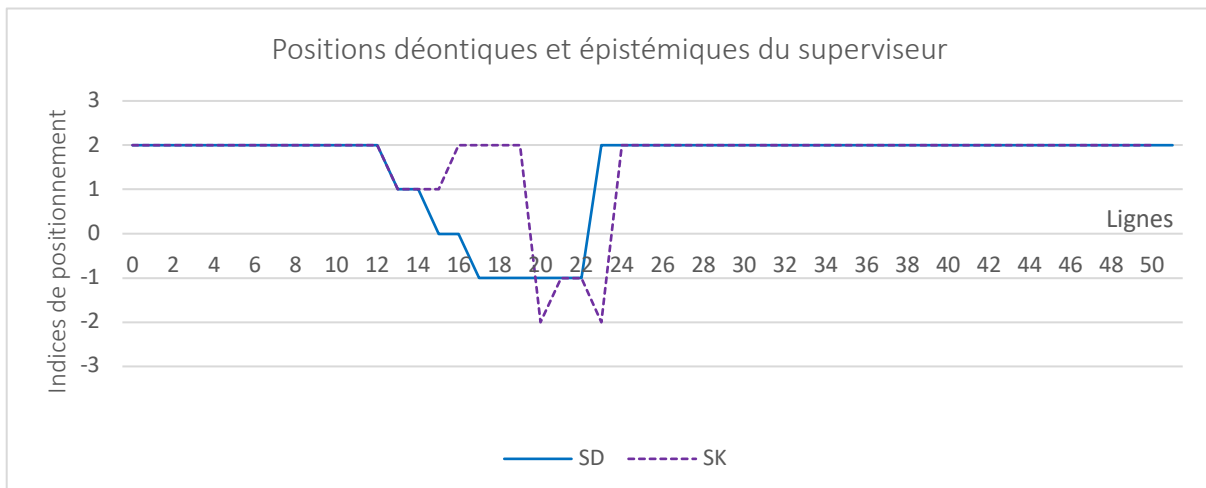


Figure 38 : Positions déontiques et épistémiques du superviseur

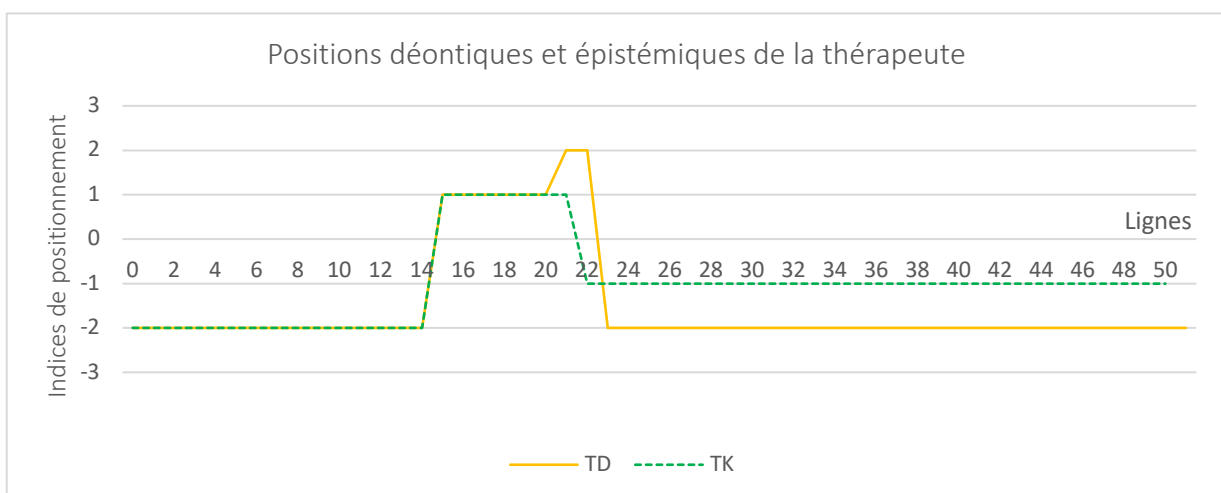


Figure 39 : Positions déontiques et épistémiques de la thérapeute

Tant pour le superviseur que pour la thérapeute, les positions déontiques et épistémiques présentent des orientations et des ajustements concordants. Les mouvements interactionnels d'atténuation progressive de l'asymétrie déontique du superviseur est accompagnée, d'une action franche de réduction de sa position épistémique, avec un léger décalage temporel. La reprise d'une position déontique proximale haute du superviseur se couple avec une autorité épistémique réaffirmée. Concernant la thérapeute, la prise de pouvoir sur l'agenda interactionnel est concomitante avec la manifestation d'une expertise augmentée. Une légère accentuation de la position déontique précède un retour à la position initiale.

Avec les tableaux précédents (figures 33, 34, 35, 38, 39), l'analyse des positionnements déontiques et épistémiques montre à la fois un parallélisme relatif des deux ordres pour un même interactant, et une complémentarité du tandem dans la dynamique des rapports de place. Les ajustements du tandem se co-construisent au cours des échanges, chaque interactant se positionnant sur et avec l'action de son partenaire.

La description du bouleversement des rapports de place lors d'un partage d'expérience du superviseur nous permet à présent d'envisager le PEX comme une ressource langagière particulière du superviseur d'action dans les trois ordres de l'interaction. Dans le cas analysé (TF3a), le PEX est un moyen utilisé pour relancer une séquence de supervision en désalignement d'une pré-clôture (ordre déontique). Il permet également de combiner divers territoires d'expertise dans l'enseignement théorique et technique de la relation thérapeutique de manière synthétique (ordre épistémique). De plus, en déplaçant le territoire épistémique sur les savoirs expérientiels cliniques, le superviseur tend à symétriser le rapport épistémique. Le superviseur recourt au PEX pour obtenir des comportements affiliatifs de la part de la thérapeute et ainsi recadrer et interpréter ses postures affectives et ses actions thérapeutiques initiales (ordre émotionnel). Le partage d'une expérience personnelle, qu'elle soit clinique, privée ou de la supervision, implique de la part du superviseur de se dévoiler sur un topic affectif partagé. De ce fait, il démontre une affiliation au récit du thérapeute de manière spécifique et orientée sur l'objectif de la supervision. Dans nos données, cette affiliation par le PEX augmente un accomplissement conjoint d'une affectivité partagée et augmente la dynamique collaborative des tandems.

7.5. Synthèse intermédiaire

Dans ce chapitre 7, nous nous sommes intéressés à la dynamique des rapports de place dans la supervision. Comment s'imbriquent les trois ordres de l'interactions dans les activités de supervision ? Comment les positionnements des interactants sur ces ordres influent-ils les rapports de place ? Quelles sont les ressources des interactants pour négocier et gérer les enjeux de pouvoir, d'expertise et d'affectivité ?

L'analyse des ajustements de positions sur les trois ordres montrent que les places se négocient de manière à la fois séquentielle et synchrone ; séquentielle dans l'organisation linéaire des tours de parole et synchrone selon la caractéristique multimodale de la communication. Les rapports de place déontiques et épistémiques répondent à une logique de complémentarité. Lorsque les statuts et les rôles du cadre de la rencontre sont ratifiés par les participants dans l'interaction, la répartition des places est relativement stable. Si toutefois l'un des interactants conteste la prise de position de son partenaire ou celle qui lui est attribuée par complémentarité, une négociation interactionnelle se donne à voir dans les échanges. Tant que les interactants ne s'alignent pas réciproquement à la prise de position de leur partenaire, les

échanges montrent une dynamique interactionnelle réactive et changeante. Les participants recourent à diverses ressources langagières multimodales pour affirmer des droits et revendiquer des devoirs sur les trois ordres de l'interaction.

L'ordre émotionnel, bien qu'étroitement lié aux enjeux des ordres déontiques et épistémiques, ne répond pas tout à fait aux mêmes contraintes et logiques dynamiques. Les rôles (narrateur de récits impliqués et destinataire) sont complémentaires, mais les positions interactionnelles, ainsi que les droits et attentes dans l'expression d'une affectivité, sont plus stables que les positions déontiques et épistémiques. Ce qui varie principalement au cours de l'interaction c'est la manifestation de l'implication des participants concernant le récit clinique du narrateur, et, en écho, les signes d'affiliation du destinataire.

Les trois ordres sont imbriqués dans les interactions en fonction des statuts et des rôles institutionnels, en fonction des activités de supervision, et selon les positionnements respectifs des interactants à chaque instant de la relation momentanée. Le rapport hiérarchique des superviseurs avec leur thérapeute en supervision constitue l'une des caractéristiques des tandems qui les différencient ; nous n'avons pas choisi cette caractéristique pour déterminer la sélection des participants à notre recherche. Les relations hiérarchiques entre superviseurs et thérapeutes ne sont donc pas homogènes et les questions de recherche ne visent pas à comparer les interactions de ce point de vue-là. Selon notre cadre théorique, les statuts et les rôles sont relativement distribués par le contexte social et contextuel de la rencontre. Nous nous sommes concentrés dans les analyses sur la manière dont les participants actualisaient ces rapports de place dans l'interaction de supervision, laissant la part « préalablement définie » à l'attention d'autres études.

Dans les séances, les activités de supervision déterminent les territoires épistémiques mobilisés, cliniques ou expérientiels. Selon que les tandems mènent une activité de renseignement ou d'enseignement, par exemple, les positionnements des interactants se trouvent autrement distribués et évoluent en fonction des trajectoires topicales. La nature de la difficulté relationnelle décrite par le thérapeute oriente également les positionnements sur l'ordre émotionnel (implication et affiliation) de même que la trajectoire affective des tandems. Les ressources sont multiples pour gérer ces rapports de place. La signification d'une appartenance à une même communauté professionnelle (le « nous thérapeutes »), la modification des positionnements sur l'ordre épistémique ou émotionnel pour influencer une décision, et le partage d'expérience du superviseur (PEX) constituent des ressources particulières des pratiques de la supervision. Toutes les actions langagières multimodales des participants renforcent les ressources des interactants sur les trois ordres déontiques, épistémique et émotionnel.

8. Discussion

Cette recherche a proposé d'éclairer les pratiques réelles de supervision dans une perspective interactionnelle et de comprendre les enjeux de places dans les activités conjointement menées par les superviseurs et les thérapeutes, lorsqu'ils abordent les enjeux relationnels des thérapies menées auprès des patients. La démarche entend contribuer à la compréhension de la professionnalité des superviseurs en psychiatrie, et ce faisant sur leur formation, et d'apporter un éclairage pragmatique sur la supervision des thérapeutes en psychiatrie. Pour rappel, les objectifs de la thèse visaient à documenter la professionnalité des superviseurs par une analyse des interactions telles qu'elles se donnent à voir dans leurs contextes et leurs situations d'accomplissement, et à décrire les phénomènes relationnels, du point de vue des rapports de pouvoir, d'apprentissage et d'engagement émotionnel dans la supervision.

8.1. Synthèse des résultats

8.1.1. L'organisation interactionnelle des pratiques de supervision

Un premier mouvement analytique a consisté à décrire les pratiques de supervision telles qu'elles se donnent à voir dans le corpus de données. La structure des séances se révèle à différents niveaux d'organisation des échanges. Au niveau *micro*, l'examen fin des ouvertures et des clôtures de séances (Mondada, 2003) indique que les pratiques sont séquentiellement ordonnées et collectivement élaborées. Les bornes structurelles des séances sont assurées par des actions initiées par les superviseurs, auxquelles les thérapeutes s'alignent. En ouverture, des *small talk* (Hudak & Maynard, 2011) animent l'entrée plus ou moins rapide dans le travail de supervision (de quelques secondes à quelques minutes). La transition, quant à elle, est souvent laissée à l'initiative des thérapeutes qui annoncent les situations ou les thèmes prévus pour la séance. A l'autre bout du continuum temporel, c'est à nouveau le superviseur qui oriente les échanges vers la fin de la supervision par des signes de pré-clôture, ratifiés par les thérapeutes. Ces transitions sont très courtes (quelques secondes) et marquées par des indices multimodaux, qui trouvent des échos à la littérature sur les séquences de clôtures dans les conversations (Schegloff & Sacks, 1973). L'observation des transitions durant la séance montre que les tandems assurent ensemble la trajectoire topicale, dans une élaboration participative des analyses cliniques ; une première analyse topicale ne montre pas de démarcation franche de l'un des participants dans la gestion de la conversation. C'est dans l'analyse des positionnements sur les trois ordres que se manifeste une distinction des droits et des devoirs.

Au niveau *méso*, le regard analytique topical sur l'ensemble des données révèle cinq activités conjointement menées, qui s'enchaînent selon une cohérence co-élaborée dépassant une linéarité simple de séquences chronologiquement ordonnées. Elles s'imbriquent, ne sont pas toujours mutuellement exclusives, et s'agencent en fonction des besoins et des expertises des participants. Elles semblent concourir à un objectif central et commun à toutes les supervisions de notre corpus : l'élaboration d'une compréhension augmentée de la problématique du patient en vue d'un positionnement, et/ou d'une action thérapeutique. Les activités comportent des actions langagières spécifiques et une répartition de rôles interactionnels entre les participants. Bien que les positionnements dans la dynamique interactionnelle soient constamment négociés, des configurations se donnent à voir dans la conduite collaborative des activités de supervision. Les activités *renseigner* et *enseigner* présentent une organisation assez stable : le thérapeute rend disponibles des informations concernant le patient et la thérapie

(*renseigner*), et le superviseur apporte des connaissances théoriques ou techniques sur les diagnostics, les traitements ou les processus relationnels (*enseigner*). Les destinataires prennent les rôles complémentaires en soutenant l'explicitation par des questions et des relances, par exemple. Les trois autres activités, que sont *problématiser, évaluer et préparer les actions futures*, montrent une distribution moins stable, en partie due à des territoires épistémiques engagés plus partagés, considérant que les thérapeutes sont déjà professionnalisés et expérimentés. Les analyses subséquentes sur la collection de données renseignent en partie les questions de rapports de place dans ces activités lors du travail sur la relation thérapeutique.

Au niveau *macro*, l'analyse des transitions topicales du corpus montre trois formes de supervision, chaque tandem respectant la même forme dans l'organisation globale des séances. Le thérapeute peut présenter la même situation clinique à chaque séance de supervision, dans une logique historique chronologique ; le superviseur suit et soutient l'épopée thérapeutique du tandem thérapeute-patient. Le thérapeute peut se présenter en supervision selon des questions cliniques personnelles liées à un ou plusieurs suivis thérapeutiques ; le superviseur découvre à chaque séance une préoccupation centrale du thérapeute, accompagnée de la présentation d'une situation clinique sur laquelle repose ses questions ; il assiste alors le thérapeute dans l'élaboration des pistes de réponses. Le thérapeute peut aussi proposer au superviseur une revue de cas multiples qu'il a sélectionnés dans sa cohorte de patients et dont il souhaite aborder des points d'attention spécifiques, tels que l'alliance thérapeutique, le fonctionnement psychologique et social, ou le traitement, par exemple.

Cette description de l'organisation des supervisions au travers de l'analyse fine des pratiques interactionnelles révèle progressivement le travail sur la relation thérapeutique dans les séances. Lorsque le thème central de la supervision concerne la situation clinique du patient, la relation thérapeutique peut constituer la focale momentanée du tandem, insérée dans une autre activité de supervision, et émergeant temporairement dans l'échange. La relation thérapeutique, en tant que thème transitoire (*shaded topic*), fait l'objet alors d'une négociation au cours d'une transition topicale qui peut être initiée par l'un ou l'autre des interactants. La relation thérapeutique a un statut secondaire dans l'analyse de pratique, *emboîté* en quelque sorte dans les autres thèmes ou activités des tandems. Lorsque le noyau des échanges concerne la relation du thérapeute avec l'un de ses patients, la séance est *focalisée* sur les enjeux relationnels de la thérapie et sur les émotions du thérapeute. Elle est généralement initiée par le thérapeute comme un topic délimité (*bounded topic*) et central (*anchor position*). Le statut du thème est reconnu comme particulier par les interactants, c'est-à-dire le plus important de l'échange et potentiellement rapporté dans les interactions successives. Le tandem analyse la situation, rythmant les échanges par les activités de supervision qui constituent alors des façons de travailler la relation thérapeutique, au niveau théorique, technique ou réflexif (problématisation).

L'examen du statut de la relation thérapeutique dans notre corpus a ouvert la phase de constitution de la collection des séquences spécifiques à notre objet de recherche. Après un traitement quantitatif descriptif, les résultats indiquent que la relation thérapeutique constitue en moyenne 27,3% du temps de la supervision, et que ni les types d'approche thérapeutique, ni les formes de supervision, ni les profils d'expériences des thérapeutes ne permettent de distinguer les raisons des variations observées entre les tandems.

En portant notre observation analytique sur la manière dont les thérapeutes convoquent la situation clinique dans les échanges, nous avons identifié des pratiques langagières très fréquentes et récurrentes, qui consistent à raconter des événements, survenus ou à venir, en dehors de la situation de supervision. Nos analyses rendent compte de discours particuliers, que nous avons appelés *simulés*, en ce qu'ils sont mis en scène par les interactants dans les interactions de supervision. Ils renvoient à la littérature sur les discours rapportés (*reported speech*) et plus largement sur les *storytelling* (Holt & Clift, 2006; Niemelä, 2005). Dans certains cas, les interactants produisent des discours fictifs et hypothétiques (Irvine, 1996), imaginant ce qui aurait pu, ou ce qui va se produire dans une interaction donnée. Globalement, les thérapeutes recourent plus fréquemment que les superviseurs aux discours simulés, et en particulier aux discours rapportés (directs et indirects) ; ce qui correspond à l'activité de *renseigner*, qui est plus particulièrement dévolue aux thérapeutes. Les superviseurs recourent moins souvent aux discours simulés, mais lorsqu'ils produisent des récits, ils prennent le plus souvent la forme des discours hypothétiques, passés ou futurs ; ce qui correspond aux activités *problématiser* et *enseigner* qui envisagent les différentes alternatives possibles dans les situations analysées, qu'elles soient sur ce qui aurait pu se passer ou sur ce qu'il conviendrait de faire dans les interventions futures. Par le recours aux discours simulés, thérapeutes et superviseurs mettent en scène des relations dans lesquelles ils sont impliqués, en dehors du cadre interactionnel de la supervision. Ils convoquent des situations issues d'autres cadres interactionnels, privés ou cliniques. Ces récits d'expériences constituent des ressources pour comprendre la relation thérapeutique, dans ce qu'elle recèle d'enjeux personnels et interpersonnels. Le cadre clinique est le plus souvent convoqué par les tandems et sert à renseigner les situations impliquant des patients, dans les événements interactionnels avec les thérapeutes ou les superviseurs au cours de leur activité thérapeutique. Des récits plus intimes se donnent à voir lorsque les tandems produisent des récits dont les référents se situent dans le cadre privé des participants. Plus rarement, les superviseurs recyclent des événements interactionnels survenus dans le cadre de la supervision elle-même, de la séance en cours ou précédente. Cet emboîtement de plusieurs cadres de supervision permet d'analyser le processus-même de la supervision. « Poupée russe » des dynamiques relationnelles, ce phénomène d'imbrication des cadres interactionnels semble permettre aux tandems de conjuguer les enjeux de la relation thérapeutique sur les trois modes temporels, passé-présent-futur, et de tisser progressivement un discours (une vision) cohérente des enjeux de la relation thérapeutique analysée.

8.1.2. L'incontournable implication dans le travail sur la relation thérapeutique

Déoulant de ces analyses et des premiers résultats, un deuxième mouvement analytique a porté sur la dimension affective dans les interactions de supervision. L'affectivité du thérapeute constitue le socle sur lequel repose le travail de supervision lorsque les tandems abordent la relation thérapeutique. D'une part, elle est évoquée dans les discours à propos de la relation du thérapeute avec ses patients, notamment au moyen des discours rapportés ; d'autre part, elle est manifestée dans les productions multimodales en séance de supervision. L'analyse de contenu de la collection rend compte des aspects lexico-sémantiques de l'affectivité, avec une prégnance du registre des émotions et de la relation. L'analyse des discours simulés permet également d'examiner comment, au cours des récits, les thérapeutes signifient leur posture à propos de ce dont ils parlent et comment ils contextualisent les émotions évoquées dans différents cadres interactionnels. Les superviseurs contribuent eux aussi à la thématization des

émotions et de la relation, en orientant la trajectoire topicale sur ce registre. Avec une négociation plus ou moins facile pour l'obtention d'une congruence topicale, les tandems s'orientent dans tous les cas vers le traitement de l'affectivité en interaction. Les émotions du thérapeute sont donc non seulement présentes dans l'interaction en tant que contenu discursif, mais elles se donnent à voir par des indices verbaux, vocaux et gestuels dans la forme multimodale des productions langagières en situation de supervision.

Parallèlement, l'analyse interactionnelle rend visibles des phénomènes de gestion collaborative d'une affectivité manifestée dans la situation de supervision. L'implication d'un locuteur constitue le premier phénomène central pour comprendre la dynamique des trajectoires affectives dans les séances de supervision de notre collection. En tant que manifestation émotionnelle multimodale de l'affectivité lors d'une énonciation (M. H. Goodwin & Goodwin, 2000; Selting, 2010; Voutilainen et al., 2014), elle est visible dans le changement du style de discours, que ce soit par l'emphase ou la réduction des caractéristiques de sa ligne de base (Selting, 1994). Les moments de contrastes paralinguistiques, dans l'enchaînement des énoncés produits par les locuteurs, indiquent au destinataire les signes d'une implication augmentée. Les virages sont subits ou progressifs, ce qui indique les éléments dans le discours, pertinents à l'interprétation des participants. La construction collaborative de la signification du récit répond à une organisation séquentielle qui renvoie à la littérature sur les *storytelling* (Jefferson, 1978) et les processus d'affiliation (Lee & Tanaka, 2016; Lindström & Sorjonen, 2012).

L'affiliation, en tant que réponse préférentielle des interactions sociales (Steensig, 2012), constitue le deuxième phénomène observable dans la supervision. Elle est visible dans les formulations des superviseurs qui reconnaissent tout ou partie du vécu évoqué par le thérapeute, comme valide et légitime. La reconnaissance et l'interprétation sont les formes verbales d'une réponse affiliative ; elles sont complétées par des signes multimodaux, tels que les hochements de têtes, par exemple (Muntigl et al., 2012; Stivers, 2008). Dans nos données, les formulations affiliatives des superviseurs surviennent lorsque les thérapeutes présentent un discours impliqué, mais également lorsque les récits initiaux des thérapeutes sont détachés. Cette particularité démarque la supervision d'autres pratiques sociales ; elle semble répondre à une organisation des interactions qui oriente nécessairement vers un traitement de l'affectivité lorsque le topic de la relation thérapeutique émerge dans les échanges. Les superviseurs présentent des comportements affiliatifs en réponse à des récits détachés des thérapeutes, ce qui génère de fait les signes d'une implication, et par effet de contagion affective, un affichage correspondant chez les thérapeutes. Dans les séquences de la collection, ces manifestations sont suivies d'un virage discursif emphatique chez les thérapeutes, qui donne lieu à une affiliation conjointe, puis à une conversation réflexive. La désaffiliation du superviseur, tout comme son affiliation, semble constituer l'opportunité d'un traitement affectif dans l'interaction de supervision. Produire une désaffiliation comprend nécessairement une prise de position à propos de l'objet de désaccord (Du Bois, 2007). En cela, elle constitue une action sur le registre de l'affectivité qui implique le superviseur au moment de son énonciation. Cette action initie une cascade d'ajustements qui tendent à assurer une convergence topicale et affective, avec la mobilisation de ressources langagières multimodales visant à atténuer l'impact du désaccord. Par cette action, le processus d'un traitement affectif est initié dans la trajectoire interactionnelle du tandem. Les actions d'affiliation, tout comme les actions de désaffiliation, s'inscrivent dans le registre de l'affectivité interactionnelle. En cela, elles véhiculent une implication chez son énonciateur. Nos analyses montrent que les signes

d'implication sont moins nombreux dans les réponses affiliées des superviseurs aux récits impliqués des thérapeutes que dans les réponses désaffiliées. Dans les séquences de désaffiliation, les superviseurs présentent des discours emphatiques avec des marques d'implication nettement augmentée par rapport à la ligne de base. Nos analyses conduisent à l'hypothèse que les actions désaffiliatives génèrent plus d'implication manifeste chez les superviseurs que les actions affiliatives.

La multimodalité dans la manifestation d'une affiliation au récit du thérapeute confère à la dynamique interactionnelle un caractère à la fois séquentiellement ordonné et simultané. À l'instar des recherches dans le domaine (Peräkylä et al., 2015), nos données montrent que les indices d'affiliation du superviseur se donnent à voir par des comportements mimétiques synchrones, qui correspondent aux signes d'implication du thérapeute. Cette partition à deux voix combine la multimodalité des deux interactants et s'oriente vers l'élaboration d'une signification partagée des enjeux affectifs de la relation thérapeutique.

Nos analyses montrent que la production d'un discours emphatique, donc impliqué, du thérapeute est présent dans toutes les trajectoires de l'affectivité de notre collection. Le processus affectif collaboratif qui en découle nécessairement mène à la manifestation d'une affiliation conjointe, et se prolonge vers un traitement cognitif de la signification des enjeux émotionnels de la relation thérapeutique. Par ce traitement de l'affectivité en séance de supervision, l'interaction en situation devient un environnement pour le développement d'un travail réflexif centré sur la posture du thérapeute dans sa relation aux patients. Ce déplacement se donne à voir par un discours auto-réflexif du thérapeute, détaché émotionnellement et centré sur l'élaboration d'une signification alternative de celle présentée initialement, concernant ses sensations, ses émotions ou ses comportements.

8.1.3. La valse des positionnements interactionnels

Adossée à la perspective ethnométhodologique des interactions sociales, nous adoptons une définition de l'interaction comme étant constituée de trois ordres: l'ordre déontique, l'ordre épistémique et l'ordre émotionnel (M. Stevanovic & Peräkylä, 2014). Notre étude de la dynamique des positionnements dans les interactions de la supervision à la relation thérapeutique est structurée selon cette perspective. Nos analyses montrent que les interactions s'organisent selon ces trois ordres de l'interaction. Les pratiques interactionnelles indiquent une répartition des rôles selon une logique à la fois située dans le moment de la supervision et définie par des droits et devoirs liés au cadre de la rencontre. C'est dans la relation momentanée des participants (*momentary relationship of the participants*), qui représente le lien entre les aspects globaux et locaux du terrain d'entente des participants (M. Stevanovic & Peräkylä, 2014), que se donnent à voir les négociations de places, du point de vue du pouvoir, de l'expertise et de l'expression des émotions. L'analyse interactionnelle de la dynamique des places indique que le positionnement des participants rend visible la revendication à un droit, qui de ce fait assigne un devoir à son coparticipant. La revendication du superviseur au droit déontique proximal de gérer l'agenda de la séance, assigne de fait le devoir au thérapeute d'exécuter les actions complémentaires en alignement. Par exemple, lorsque le superviseur ferme son dossier, s'avance sur son fauteuil et produit des énoncés courts conclusifs et récapitulatifs des derniers échanges, il signifie au thérapeute qu'il initie une séquence de clôture. Il se positionne comme ayant l'autorité de terminer la séance. Nous avons observé dans tous le corpus que le thérapeute adopte la position complémentaire, c'est-à-dire

clore ses activités en tant que supervisé. Il en est de même pour les autres ordres. Dans l'ordre épistémique, la revendication d'une autorité, d'un accès ou d'une responsabilité à la connaissance de la part du superviseur, sur un territoire d'expertise particulier, lui octroie la légitimité d'enseigner au thérapeute ; cette revendication assigne à ce dernier le devoir de prendre la position complémentaire, c'est-à-dire de solliciter la présentation des connaissances expertes du superviseur sur ce territoire particulier. Dans l'ordre émotionnel, la revendication du thérapeute de raconter ses expériences cliniques au superviseur, assigne à ce dernier, de fait, la position complémentaire de produire des actions affiliatives.

Les rôles relativement désignés pour les échanges en supervision, découlant des statuts sociaux du cadre de cette interaction institutionnelle particulière, configurent des places attendues et une certaine organisation des interactions entre le superviseur et le thérapeute. Nos analyses montrent qu'elles sont en partie confirmées dans la conduite collaborative des activités de supervision. Toutefois, elles sont régulièrement mises en négociation par l'un ou l'autre des participants. Lorsqu'un interactant revendique un droit qui n'est pas jugé légitime par son coparticipant, celui-ci signifie par des ressources multimodales son désaccord, par la résistance (s'il s'agit d'une revendication déontique), par la contestation ou le questionnement (s'il s'agit d'une revendication épistémique), ou la désaffiliation (s'il s'agit de l'ordre émotionnel). Les négociations de places prennent des formes plus complexes lorsqu'elles ne sont pas rapidement résolues par un alignement de la part du coparticipant. Superviseurs et thérapeutes recourent alors à des stratégies interactionnelles, non plus sur l'ordre activé seulement mais en produisant des actions sur les deux autres ordres. C'est le cas, par exemple, lorsque la thérapeute résiste à une prescription de fin de suivi thérapeutique (ordre déontique), en faisant valoir des arguments savants sur le fonctionnement psychologique des patients (ordre épistémique), ou en exprimant un stress (ordre émotionnel). Dans ce genre de cas, nos données montrent que le superviseur répond généralement à chaque mouvement sur l'ordre concerné, indiquant une négociation.

Selon le même phénomène de collaboration dans la construction d'une signification ou d'une décision partagée, les superviseurs agissent également sur les trois ordres pour orienter les interactions en vue de l'accomplissement de l'objectif de la supervision. Ils produisent des actions « simples » sur l'un des ordres et agissent ainsi sur la trajectoire interactionnelle (topicale ou affective). C'est le cas, par exemple, des questions qui peuvent constituer une ressource pour changer la position épistémique, en sollicitant l'expertise du thérapeute, ou la position déontique proximale, en assignant le devoir au thérapeute de répondre (Steensig & Drew, 2008; Tracy & Robles, 2009). Ils produisent également des actions plus complexes qui impactent plusieurs ordres. C'est le cas de l'affichage à une communauté professionnelle commune (le *nous, thérapeute*), ou le partage d'expérience (PEX). Nos analyses interactionnelles détaillées ont mis en évidence que les ordres épistémiques et émotionnels sont impactés lorsque le superviseur évoque l'appartenance à la communauté des thérapeutes. Par cette action, il reconnaît l'expérience du thérapeute, valide ses connaissances, et les évalue comme étant légitimes et valables, puisque tous les thérapeutes les partagent. Cette action est double, en ce qu'elle manifeste une affiliation du superviseur (ordre émotionnel) et un alignement chez le thérapeute (ordre épistémique et déontique).

Les analyses révèlent que le partage d'expérience, quant à lui, constitue une ressource largement partagée chez les superviseurs participants à notre étude. Par son contenu hautement ajusté à la problématique décrite par le thérapeute et par sa forme narrative, il s'avère une stratégie complexe d'action dans plusieurs activités de supervision et sur plusieurs

ordres interactionnels. Les contenus sont majoritairement d'ordre clinique (actions, pensées et posture en tant que thérapeute), mais ils se réfèrent également l'expérience de supervision ou à la vie privée des superviseurs. Il est utilisé comme une ressource pour les activités d'enseignement et de problématisation (ordre épistémique), mais il revêt également un intérêt interactionnel dans la gestion de l'affectivité (ordre émotionnel). Le partage d'expérience du superviseur bouscule particulièrement les rapports de place en modifiant les rôles dans l'expression des affects. En prenant la place du narrateur, le superviseur, grâce à son autorité déontique, assigne un devoir au thérapeute de soutenir son récit. Cette modification implique une nouvelle répartition des droits et devoirs dans la gestion de l'affectivité du tandem ainsi que la nécessité de recourir à de nouveaux territoires épistémiques pour contribuer au développement topical de l'échange. Ce faisant, malgré qu'en apparence les rôles sont inversés dans les ordres émotionnel et épistémique, l'analyse interactionnelle montre que les thérapeutes ne s'alignent qu'à la nouvelle répartition épistémique mais pas à la reconfiguration émotionnelle. Les thérapeutes produisent des actions de soutien à l'explicitation en configuration (SK+/TK-), mais ne produisent pas les actions affiliatives attendues habituellement du destinataire d'un récit d'expérience. L'analyse du contenu des partage d'expérience montre un adressage (*recipient design*) du récit, ajusté à la situation clinique présentée initialement par le thérapeute. Le partage d'expérience véhicule en soi une dimension affiliative qui reconnaît la posture affective du thérapeute comme valide et légitime. Cette analyse interactionnelle de l'action PEX montre la complexité de son impact, sur les activités conjointement menées, sur les rôles assignés à chaque interactant, et par conséquent, sur les positions prises et la trajectoire interactionnelle réalisée.

L'analyse des interactions du point de vue de la dynamique des positionnements permet également de décrire un lien particulier des ordres déontique et épistémique. L'analyse séquentielle et multimodale d'une séquence de la collection a montré un phénomène de parallélisme dans les mouvements de ces deux ordres pour chacun des interactants. Les positions et leurs changements sont coordonnés : une position K+ est combinée avec une position D+ et vice versa. Une ligne de base tend à revenir à sa position initiale lorsqu'elle est modifiée par une action. L'examen de l'évolution des indices de ces deux ordres dans une trajectoire interactionnelle d'un tandem montre également que les positionnements des interactants s'orientent vers une complémentarité. Le changement de la position d'un participant engendre un effet sur la position du destinataire dans une dynamique complémentaire : une atténuation de la position épistémique du superviseur, par exemple, produit une symétrisation du rapport avec le thérapeute, et un positionnement plus fort de sa part sur le territoire d'expertise en question. La dynamique de ces deux ordres est très sensible et les variations semblent rapides et parfois fugaces, dépendant des prises de positions dans chaque énoncé ; un tour de paroles peut indiquer des positions variables pour un seul locuteur. L'analyse des ajustements de positions sur les trois ordres montre que les places se négocient de manière à la fois séquentielle et synchrone ; séquentielle dans l'organisation linéaire des tours de parole et synchrone selon la caractéristique multimodale de la communication.

Cette présentation des résultats vise à condenser les analyses telles qu'elles sont déployées en détails dans les chapitres spécifiques de la deuxième partie du manuscrit. Notre intention est également de rendre disponibles ces constats à une discussion plus théorique à partir des questions de recherche.

8.2. Réponses aux questions de recherche et théorisation ancrée

Avant d'ouvrir la discussion à proprement parler, nous rappelons les questions de recherche formulées pour cette thèse :

Comment les interactions en situation de supervision rendent-elles compte à la fois des enjeux relationnels thérapeutiques décrits mais également des enjeux relationnels accomplis entre le superviseur et le thérapeute ?

Quelles sont les ressources langagières multimodales mobilisées par les interactants pour négocier ces enjeux ? et comment émergent-elles dans les interactions ?

En quoi et comment les actions du superviseur sont-elles constitutives d'une professionnalité spécifique ?

Nous répondons aux deux premières questions dans un même mouvement analytique dans le présent chapitre. Nous discuterons ensuite des éléments que donnent les résultats de la recherche pour tenter de dessiner les contours d'une partie de la professionnalité des superviseurs. Nous prolongerons la réponse à la troisième question dans le chapitre suivant consacré aux retombées pratiques de la recherche.

Les enjeux relationnels thérapeutiques constituent le thème central de la supervision lorsque le thérapeute aborde les difficultés relationnelles qu'il rencontre avec ses patients. Aborder ces difficultés initie un processus analytique de la situation clinique qui se centre rapidement sur la posture affective du thérapeute ; cette posture est décrite et manifestée dans l'interaction de supervision. Le thérapeute recourt à des récits d'expériences vécues, au cours desquelles il a éprouvé des émotions, qu'il décrit, ou qu'il évoque seulement, par l'utilisation d'un lexique du registre affectif et relationnel. Les discours rapportés (directs ou indirects), les pensées rapportées, ou les discours hypothétiques passés constituent des ressources langagières privilégiées des thérapeutes, dans les échanges avec les superviseurs, pour convoquer des événements survenus dans la thérapie. C'est dans les phénomènes d'emboîtement des cadres interactionnels que les enjeux thérapeutiques se donnent à voir. Les émotions évoquées sont thématiques par les tandems en les liant avec celles des patients parfois, ou en les articulant avec des dimensions privées du thérapeute. Les productions langagières, mentionnées comme ressources pour la description de la relation thérapeutiques et pour l'explicitation de ses enjeux, véhiculent des éléments de la posture que le thérapeute prend dans la situation clinique décrite. Ces éléments multimodaux, dans la variété des signes verbaux, vocaux et gestuels, sont plus ou moins visibles dans l'interaction de supervision et nécessitent un examen fin de leur émergence dans le discours du thérapeute pour les interpréter. L'analyse des interactions de supervision rend compte de la manière dont les superviseurs manifestent leur compréhension de ce que les thérapeutes disent de leur relation clinique et de ce qu'ils montrent de leur posture. Cette activité conjointement menée de décrire/faire décrire la situation clinique, que nous avons appelé *renseigner*, constitue le socle sur lequel repose la suite du processus de la supervision. Les superviseurs recourent donc à diverses ressources pour soutenir ces récits d'expériences : ils questionnent, relancent, se taisent, hochent la tête, sourient, avancent la main vers le thérapeute, etc. Ils font usages de ressources multimodales pour signifier aux thérapeutes leur attention, leur intérêt et leur besoin d'accéder aux informations. Ces actions marquent des positions sur les trois ordres de l'interaction, qui influencent le cours de l'échange pour accéder à une compréhension des enjeux de la relation

thérapeutique : à titre d'exemple, le superviseur manifeste de la curiosité (position épistémique non sachante K-), rend visible une certaine adhésion à la posture qui est décrite pour que le thérapeute soit encouragé de continuer son récit (action affiliative du rôle de destinataire au récit affectif), de conduire l'échange (autorité déontique proximale) de sorte à ce que le thérapeute produise ce récit dans le registre affectif, c'est -à-dire de manière impliquée.

La posture affective et relationnelle constitue à la fois le cœur de la compétence du thérapeute, en ce qu'elle conditionne sa capacité à établir une alliance thérapeutique avec le patient (voir chapitre 1.1), et le pivot sur lequel repose le travail de supervision. Elle est accessible au superviseur si le thérapeute produit un récit impliqué concernant sa relation au patient. Elle nécessite alors un traitement de l'affectivité dans l'interaction de supervision pour que la trajectoire interactionnelle conduise à l'autoréflexion du thérapeute, qui permet de traiter cognitivement les enjeux de la relation thérapeutique. Les enjeux relationnels de l'interaction de supervision constituent le levier de la réussite d'un travail sur la relation thérapeutique. Les résultats de cette recherche ont montré que toutes les trajectoires interactionnelles semblent viser l'autoréflexion du thérapeute concernant sa posture auprès du patient. L'objectif des tandems consiste alors à créer les conditions d'une conversation dans laquelle le thérapeute peut produire un discours réflexif sur sa relation au patient. Dès lors, selon le cadre de la rencontre, le superviseur endosse un rôle déterminant pour organiser un environnement interactionnel qui oriente les trajectoires topicales et affectives vers cette issue. Bien que le superviseur ait un devoir de conduite des interactions dans le but de former le thérapeute (responsabilité déontique), la nature collectivement élaborée des interactions sociales impose une négociation permanente des rapports de place.

Au niveau des activités de supervision, superviseurs et thérapeutes élaborent, conjointement et progressivement, une signification partagée de la situation clinique présentée par le thérapeute. Les activités qui visent à problématiser, enseigner, évaluer, préparer des interventions thérapeutiques mobilisent les interactants dans des ajustements permanents des positions dans l'interaction. Sur le plan épistémique, les territoires d'expertise sont en partie distribués selon les statuts des interactants, mais ils se renégocient sans cesse selon les objets topicaux spécifiques des échanges ; sur le plan déontique, l'évaluation et la préparation des interventions futures nécessitent de construire un accord sur les actions à mener ; sur le plan émotionnel, la gestion des trajectoires affectives est centrale du fait même de l'objet de la supervision qui s'articule autour de l'expérience et de la posture du thérapeute. A l'instar de la littérature en analyse conversationnelle (Sacks et al., 1974) et des *storytelling* (Niemelä, 2010), nos analyses montrent que les participants font usage de ressources langagières multimodales variées pour co-construire les trajectoires topicales, mais qu'ils s'attèlent particulièrement à la gestion collaborative de l'affectivité dans leurs interactions. La gestion conjointe des trajectoires affectives semble constituer un enjeu central dans les interactions de supervision pour qu'une autoréflexion du thérapeute se déploie : (faire) produire un récit impliqué, accomplir une affiliation partagée par des actions affiliatives ou désaffiliatives sont au cœur des négociations des tandems.

Nos analyses ont permis de rendre compte des phénomènes de positionnement des interactants sur les trois ordres de l'interaction. Toutefois, certains éléments constitutifs de la définition de ces ordres dans la littérature restent flous. Nous proposons de contribuer à leur clarification sur la base de la littérature et de nos analyses. Cet essai s'inscrit dans une démarche de théorisation ancrée, basée sur nos observations, et articulées à des savoirs

disponibles dans la littérature scientifique auxquels nous nous référons dans la première partie de la thèse.

En référence à la littérature sur les ordres épistémique et déontique, nous avons observé des asymétries de rapports dans les dynamiques de nos tandems de supervision. Les pentes se révèlent plus ou moins raides et les places varient en fonction des négociations situées. L'ordre émotionnel ne semble pas répondre à cette même logique de distribution des places, c'est-à-dire selon un modèle de symétrie/asymétrie. Toutefois, des rôles se distribuent dans les droits et devoirs d'expression d'une affectivité : les thérapeutes par une implication dans le récit clinique, et le superviseur dans la manifestation de signes impliqués correspondants, indicateurs d'une action affiliative. Alors que les premiers varient fréquemment dans les interactions situées, le troisième se présente de façon plus stable dans nos données. Le principe organisateur commun aux trois ordres réside dans le couple « droit et devoir ». Pour chaque ordre, le couple oriente les positions des interactants avec des revendications et des exigences, qui s'opérationnalisent par des actions pragmatiques, et qui impliquent des enjeux relationnels. Ainsi, nous proposons de décrire les ordres comme suit (tableau 14) :

Tableau 14 : Rapports de place selon les trois ordres- proposition

Ordres	Enjeux relationnels	Droit		Devoir	
		Revendication	Action pragmatique	Exigence	Action pragmatique
Déontique	Pouvoir	Autorité proximale ou distale	Décider, assigner une tâche	Obéissance	Exécuter
Épistémique	Autorité d'expertise	Primauté, responsabilité de savoir	Expliquer	Curiosité	Ne pas savoir, demander
Émotionnel	Reconnaissance de l'expérience vécue	Légitimité	Exprimer, raconter	Intérêt	Valider, s'affilier

Dans nos données, la dynamique interactionnelle s'oriente vers une distribution complémentaire des rôles selon des droits et des devoirs que les participants négocient avec une tendance à l'égalité relative du point de vue des enjeux relationnels. A titre d'exemples :

- Sur l'ordre déontique : le superviseur peut revendiquer l'autorité déontique proximale, qui lui octroie le pouvoir de décider quand clore une séquence interactionnelle ; le thérapeute peut accepter l'exigence d'obéissance de s'aligner à la clôture de la séquence.
- Sur l'ordre épistémique : le thérapeute peut revendiquer la primauté épistémique, qui lui octroie l'autorité d'expertise concernant le patient, et donc solliciter l'opportunité d'expliquer ses connaissances à propos de la situation clinique ; le superviseur peut accepter l'exigence de curiosité, qui se manifeste par la posture d'ignorance (ne pas savoir) .
- Sur l'ordre émotionnel : le thérapeute peut revendiquer la légitimité de son expérience, qui lui octroie la reconnaissance du vécu comme étant valide, et donc le droit de raconter son histoire ; le superviseur peut se soumettre au devoir de s'intéresser à ce récit, qui se manifeste par l'affiliation ou la validation.

Des processus de négociation surviennent lorsque le destinataire d'une action refuse le devoir qui lui est assigné. Dans ces cas, nos analyses montrent que les interactants ajustent leur position dans le même ordre, ou produisent une action sur un autre ordre. L'action sur un ordre pouvant impacter l'équilibre des autres, les dynamiques d'influence se donnent à voir dans les interactions et impactent le cours des trajectoires. Cet essai réflexif sur des résultats empiriques mériterait d'être confronté à de nouvelles analyses pour tester la robustesse des propositions à l'épreuve des réalités interactionnelles situées.

Les ressources langagières dans la gestion de ces enjeux relationnels dans les interactions de supervision peuvent être « simples », comme les questions, les chevauchements compétitifs de tours de paroles, l'assertion explicite d'un désaccord, les formulations telles que « je pense que », « je sais que ». Elles visent à affirmer et confirmer une position avec la revendication d'un droit. Les interactants peuvent aussi produire des actions langagières qui atténuent les positions et les revendications, telles que les formulations « je crois que », les silences, les abstinences à prendre un tour de parole, les sourires, etc. Nos analyses révèlent également des stratégies interactionnelles plus complexes, telles que les partages d'expérience personnelle du superviseur ou la signification d'une appartenance à une même communauté de pratique. Nous considérons comme étant « complexes » car elles forment des activités hybrides et impactent plusieurs ordres interactionnels. Le partage d'expérience en est un exemple : il permet d'enseigner des contenus théoriques et techniques, de problématiser la question de l'alliance thérapeutique, et de produire une manifestation de reconnaissance du vécu de la thérapeute, en ouvrant un autre sens possible au comportement du patient, et de clôturer la séquence dédiée à une situation clinique.

Les analyses ont montré que les enjeux de la relation thérapeutique et de la relation de supervision sont observables simultanément dans le phénomène de mise en abyme. Il s'agit de séquences d'interaction qui, à la fois révèlent des actions et des négociations dans les activités de supervision, et, par un effet de similarité, produisent des analogies de postures ou d'interventions entre les situations (supervision-thérapie). Dans la supervision, le but du tandem vise à produire une conversation réflexive au cours de laquelle le thérapeute produit un discours autoréflexif concernant sa posture thérapeutique. Le superviseur, garant du cadre interactionnel par son rôle déontique, produit des actions variées pour co-construire avec le thérapeute un environnement interactionnel qui assure la production d'un récit impliqué du thérapeute. Il oriente également les interactions de sorte à accomplir conjointement une affiliation partagée à propos de la posture du thérapeute. En organisant cet espace interactionnel, il assure les conditions d'apprentissage du thérapeute, le menant progressivement à envisager une posture thérapeutique revisitée, qui intègre de nouvelles perspectives favorisant le processus thérapeutique avec le patient. L'un des objectifs centraux de la thérapie consiste à co-construire avec le patient une vision de lui-même, de sa santé et de ses relations qui lui permettent de vivre d'une façon harmonieuse selon ses aspirations. Pour réaliser cet objectif, le thérapeute organise des interactions avec le patient qui lui assurent un environnement relationnel sécuritaire, indispensable à l'établissement d'une confiance et qui reconnaît son vécu comme légitime. Ces conditions lui permettent ensuite d'envisager une vision de soi propice à la construction de projets de vie. Certaines séquences interactionnelles en supervision (que nous avons décrites dans les analyses) permettent au thérapeute d'expérimenter la position du sujet d'un récit d'expérience qui le place en revendication d'une reconnaissance d'un vécu comme étant légitime et valable. Il s'expose à produire un récit impliqué émotionnellement, comme le font les patients. Il fait l'expérience concrète d'une

posture affective similaire à celle du patient, et se trouve également en position épistémique de revendiquer une expertise sur sa propre histoire, etc. De plus, à l'instar du patient dans le cadre de son suivi thérapeutique, il est soumis à des règles liées au cadre de la supervision qui contraignent son pouvoir de décision (en devant s'aligner à des exigences du superviseur, par exemple). Dans la supervision, le thérapeute est immergé dans une situation interactionnelle dans laquelle il est en même temps observateur des actions du superviseur qui ont des similarités avec les actions thérapeutiques du point de vue des effets sur les trois ordres interactionnels. Il est témoin des stratégies employées par le superviseur pour soutenir son récit d'expérience, pour produire des actions affiliatives, assurer une trajectoire topicale cohérente malgré une action désaffiliative, orienter les trajectoires interactionnelles vers l'élaboration d'un discours autoréflexif. Dans cette perspective, le travail sur la relation thérapeutique en supervision revêt une valeur d'expérience formative pour le thérapeute, à double titre ; sujet d'une position à visée de changement, et observateur d'interventions (sur les activités en cours dans l'interaction et sur les positions épistémiques déontiques et émotionnelles).

Les analyses produites dans la présente recherche ouvrent sur la formulation de propositions concernant la professionnalité du superviseur en psychiatrie. Les actions de supervision requièrent des ajustements constants et avisés des positions sur les trois ordres interactionnels pour assurer une trajectoire topicale et affective qui conduise le thérapeute à une autoréflexion sur sa posture auprès des patients. De plus, la gestion des positionnements interactionnels est délicate car elle porte sur un topic relativement intime (les émotions du thérapeute) et sur une dynamique affective qui implique nécessairement les deux interactants. Il s'agit pour le superviseur de conduire les échanges, en partageant ses connaissances et en sollicitant celles du thérapeute, tout en tenant compte des enjeux affectifs qui émergent au cours de l'interaction. Un autre ingrédient de cette professionnalité réside dans la maîtrise des actions sur les trois ordres interactionnels, ainsi que dans l'accomplissement dynamique des étapes constitutives des trajectoires topicales et affectives de la supervision. La nécessaire implication du thérapeute requiert de la part du superviseur de distinguer un discours impliqué d'un discours détaché. Elle nécessite ensuite de traiter cette évaluation en s'affiliant ou en impliquant le thérapeute, selon le récit d'expérience clinique produit. Les analyses ont montré que le superviseur ajuste en permanence ses actions et son positionnement sur les trois ordres, en orientant les interactions invariablement dans une trajectoire qui ouvre sur un discours autoréflexif du thérapeute. Un élément particulier de la professionnalité du superviseur réside également dans l'organisation d'un environnement interactionnel, qui permet une double posture du thérapeute, à la fois bénéficiaire et observateur de la supervision.

8.3. Retombées pratiques de la recherche

Nos résultats décrivent les pratiques interactionnelles de la supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie, et elles informent, par conséquent, à la fois la professionnalité des superviseurs, mais aussi celle des thérapeutes. Dans ce chapitre, nous proposons nos réflexions quant aux retombées pratiques de ces résultats, en répondant à la littérature dans les champs de la supervision et de la relation thérapeutique en psychiatrie, et en convoquant notre expertise professionnelle personnelle dans le domaine de l'ingénierie de formation. Nous proposerons également quelques perspectives pour d'autres domaines dans lesquels la compréhension des pratiques sociales dans une perspective interactionnelle peut s'avérer utile.

Superviser le thérapeute en formation consiste à organiser un environnement interactionnel dans lequel le thérapeute acquiert des connaissances sur les enjeux de sa relation avec les patients, et des compétences interactionnelles (Pekarek Doehler et al., 2017) dans la conduite des séances de thérapie. En tant qu'environnement interactionnel, la supervision répond à une organisation des échanges entre superviseur et thérapeute selon les trois ordres de l'interaction (M. Stevanovic & Peräkylä, 2014). Les activités de supervision permettent aux tandems superviseur-thérapeute d'analyser les situations présentées comme étant problématiques et de co-élaborer des perspectives pour les suivis cliniques. En tant que formateur, le superviseur assure la coordination de ces activités dans les séances de supervision. Il conduit les interactions avec le thérapeute dans une négociation constante des rapports de place et des enjeux relationnels émergents. Ainsi, coordonner le déploiement des activités de supervision requiert de sa part non seulement des savoirs concernant les enjeux de la relation thérapeutique (le contenu de l'enseignement), mais également la gestion des phénomènes interactionnels dans la supervision. Ainsi, la professionnalité du superviseur comporte des similarités avec celle du thérapeute, en ce qu'elle repose sur la gestion fine des interactions avec le bénéficiaire du dispositif, respectivement le thérapeute pour la supervision, le patient pour la thérapie. En effet, le superviseur co-élabore avec le thérapeute une signification partagée de ses difficultés dans la relation clinique, ainsi que des perspectives d'action efficace pour les dépasser ; de même, le thérapeute co-construit avec le patient une relation de confiance afin de définir conjointement des stratégies pour gérer ses problèmes de santé. La capacité à créer une relation partenariale et la gestion des enjeux relationnels dans la conduite des activités s'avèrent essentielles pour l'atteinte des objectifs que les interactants se fixent. Notre recherche a permis de décrire les pratiques de la supervision, dans ses phénomènes interactionnels. Les résultats offrent une certaine vision des ingrédients de la professionnalité des superviseurs, et, en ce sens, constituent des contenus utiles pour la formation à la supervision en psychiatrie. Former les superviseurs dans une perspective interactionnelle telle que nous la proposons dans le cadre de cette recherche, c'est considérer que leur professionnalité se déploie sur les trois ordres de l'interaction. Il s'agit donc de préparer les superviseurs à envisager leur rôle dans ses dimensions déontique, épistémique et émotionnelle.

La professionnalité du superviseur au plan déontique peut être envisagée comme la capacité à organiser les séances de supervision, de l'ouverture à la clôture, c'est-à-dire la capacité à endosser un rôle de leadership dans les étapes d'une séance. La connaissance des différentes activités de supervision et des ressources langagières pour les initier, les conduire et les co-élaborer peut contribuer à ce rôle. Nos résultats sur les phénomènes d'emboîtement des cadres, clinique, privé et de la supervision elle-même, offrent des connaissances intéressantes

pour le développement des compétences interactionnelles dans les activités de renseignement, de problématisation et de préparation aux interventions thérapeutiques, par exemple. Nous avons vu, dans le chapitre 5, que les différents types de discours simulés constituent des ressources langagières utiles pour ces activités. Former les thérapeutes à produire des actions qui engagent les thérapeutes aux récits d'expériences vécues dans les situations cliniques ou privées leur permet d'obtenir les informations nécessaires pour élaborer une signification partagée à propos des difficultés rencontrées par le thérapeute. Les résultats ont également montré que les discours simulés des superviseurs permettent d'élaborer des hypothèses sur les actions effectuées ou sur celles qui peuvent être envisagées pour une intervention thérapeutique à venir. Ainsi, apprendre à reconnaître et solliciter différents types de discours simulés prépare les superviseurs à conduire les activités de supervision. Nous avons également présenté dans nos analyses que les superviseurs produisent eux-mêmes des discours qui se rapportent au trois cadres interactionnels (cliniques, privés et de la supervision) et qui requièrent des habiletés communicationnelles :

- Raconter des expériences cliniques, soi-même vécues dans le travail thérapeutique avec des patients, donne au superviseur l'occasion d'enseigner des contenus théoriques et techniques ou de normaliser les difficultés rencontrées par les thérapeutes ;
- Narrer des situations vécues dans le cadre privé permet au superviseur de présenter la perspective du patient et de déstigmatiser les problèmes auxquels ils font face (par exemple, l'inquiétude d'une mère) ;
- Recycler des séquences de la supervision permet au superviseur de confronter le thérapeute à des paradoxes dans sa posture, par exemple.

Ces productions langagières requièrent des compétences variées qui renvoient à la littérature dans le domaine, telles que le dévoilement de soi (Knox et al., 2008), l'identification des éléments significatifs dans sa propre expérience professionnelle ou privée qui puissent constituer des exemples ou des leviers pour le développement des connaissances du thérapeute (Knox et al., 2008), ainsi que l'analyse permanente et continue des interactions en cours de supervision (Whitman & Jacobs, 1998). Reconnaître, identifier et mobiliser les divers types de discours simulés constituent des objets de formation pour les superviseurs, en ce qu'ils permettent de comprendre les phénomènes d'emboîtement des cadres interactionnels dans la supervision. Cependant, former à ces phénomènes ouvre une dimension analytique à la professionnalité des superviseurs et des thérapeutes, bien plus que des contenus d'apprentissage technique. En effet, élaborer une signification partagée des différents cadres interactionnels convoqués dans la supervision, pour donner un sens aux difficultés rencontrées par le thérapeute dans sa relation au patient, génère des effets formateurs dans l'activité en train de se faire. Ces activités langagières sont en quelque sorte les supports de la mise en abyme de diverses relations dans l'interaction de supervision ; elles rappellent la littérature qui décrit les processus parallèles entre les interactions de supervision et les interactions thérapeutiques, ainsi que leur importance pour l'efficacité de la supervision (Doehrman, 1976; Gilbert & Evans, 2000). La supervision revêt alors les atours d'un environnement expérientiel pour le thérapeute. Le superviseur met en scène des interventions de supervision qui constituent, à certaines conditions, des interventions thérapeutiques, comme par exemple le partage d'une expérience personnelle qui normalise les difficultés rencontrées par le co-participant. Par ses actions finement co-élaborées, le superviseur configure les rapports de place de sorte à ce que le thérapeute soit à la fois observateur de l'intervention à apprendre, et bénéficiaire de celle-ci. Former les superviseurs aux emboîtements des cadres

interactionnels offre très probablement des éléments de réponse à la littérature concernant l'efficacité des supervisions dans le développement professionnel des thérapeutes ; pour rappel, la valeur de l'autoréflexion et de la conscience de soi dans la relation au patient a été décrite comme étant centrale pour les compétences thérapeutique (Gale & Schröder, 2014).

La professionnalité des superviseurs réside également dans leur capacité à gérer les interactions de supervision au plan émotionnel. En effet, en tant que dispositif de formation qui repose sur des pratiques langagières, la supervision comporte des enjeux relationnels de l'ordre de l'affectivité. Notre recherche montre que les récits des thérapeutes qui présentent les expériences vécues dans leurs relations aux patients véhiculent une affectivité, tant sur les contenus que sur les manifestations multimodales qui les accompagnent. Former à la relation thérapeutique en psychiatrie, c'est permettre au thérapeute de comprendre les enjeux émotionnels dans sa relation au patient. Comprendre ces enjeux, c'est être capable d'identifier, d'interpréter et de gérer l'affectivité manifestée dans les interactions dans les entretiens thérapeutiques. Le superviseur mobilise son expertise dans les territoires épistémiques cliniques et théoriques pour construire avec le thérapeute une signification partagée des enjeux affectifs qui traversent la relation thérapeutique. Toutefois, bien plus que des contenus à enseigner, les résultats de notre recherche montrent que l'affectivité dans les interactions de supervision constitue en enjeu central dans la formation des thérapeutes concernant les compétences relationnelles, et contribuent au développement des connaissances dans ce domaine (Chur-Hansen & McLean, 2007; Macdonald, 2002). Ainsi, les pratiques de supervision indiquent que les superviseurs orientent les échanges de sorte à examiner les enjeux affectifs présents dans la relation thérapeutique. Notre recherche a permis de décrire les trajectoires interactionnelles de l'affectivité dans les séances de supervision, lorsque les tandems analysent la dimension émotionnelle dans les suivis cliniques. Les résultats montrent qu'une implication émotionnelle des thérapeutes est incontournable pour qu'une autoréflexion se déploie dans les échanges. Les superviseurs mobilisent diverses ressources langagières pour répondre aux récits des thérapeutes, soit pour les impliquer émotionnellement lorsqu'ils présentent un discours détaché, soit pour produire des actions qui permettent un accomplissement affiliatif conjoint. Les superviseurs semblent ajuster en permanence leurs actions aux productions des thérapeutes, négociant sans cesse les trajectoires topicales et affectives en vue d'une conversation réflexive dans laquelle thérapeute et superviseur co-élaborent une signification partagée des enjeux de la relation thérapeutique. Former les superviseurs à la gestion de l'affectivité en interaction revêt donc un enjeu majeur pour le développement professionnel des thérapeutes. Il s'agit pour les superviseurs d'acquérir des compétences interactionnelles pour conduire les échanges dans les différentes étapes des trajectoires interactionnelles de l'affectivité et assurer le travail autoréflexif du thérapeute. Concrètement, à l'issue d'une formation, le superviseur devrait être capable :

- D'identifier les signes d'une implication augmentée ou émoussée dans le discours des thérapeutes, et repérer les bascules du style de discours vers plus ou moins d'emphase par rapport à une ligne de base ;
- D'interpréter ces signes dans leur émergence séquentielle afin d'ajuster les réponses nécessaires à l'évolution attendue de la trajectoire affective en interaction ;
- De produire les actions langagières multimodales utiles au déploiement du récit d'expérience des thérapeutes (continueurs vocaux et gestes de soutien à l'explicitation, manifestations progressives des signes précurseurs d'une affiliation) ;
- De formuler des énoncés affiliatifs ou désaffiliatifs, impliqués ou détachés, en fonction de la posture du thérapeute et de la trajectoire affective visée ;

- D'évaluer et de situer en permanence les productions langagières multimodales des thérapeutes, ainsi que leurs propres actions, dans les différentes phases de l'élaboration conjointe d'une signification commune des enjeux de la relation thérapeutique.

A l'instar des phénomènes d'emboîtement des cadres interactionnels, la gestion de l'affectivité dans la supervision constitue également un environnement interactionnel dans lequel une mise en abyme se donne à voir. Le superviseur coordonne les interactions de sorte à organiser un espace expérientiel pour le thérapeute qui favorise à la fois la production d'un récit impliqué, et l'observation des actions du superviseur dans sa gestion collaborative de l'affectivité en supervision. Cet aménagement interactionnel négocié est formateur pour le thérapeute qui fait l'expérience d'une posture similaire à celle du patient en thérapie, à savoir une posture émotionnelle impliquée dans la production d'un récit et une posture de sujet à propos duquel des interprétations sont produites, par exemple. Le développement d'une auto-observation constante et d'une observation continue des interactions confère au superviseur formé une capacité analytique sur plusieurs niveaux simultanément : celui de l'interaction de supervision en cour et celui de l'interaction thérapeutique évoquée.

Au plan épistémique, la formation des superviseurs s'inscrit dans une grande variété de territoires d'expertise. Les résultats de notre recherche indiquent que les connaissances des superviseurs sont ancrées dans le domaine clinique, en tant qu'experts formateurs du travail thérapeutique, et concernent les activités de supervision, la gestion de l'affectivité en supervision, et les phénomènes de rapports de place dans les interactions. Ce dernier point a fait l'objet de nos analyses et constitue un aspect complexe de la professionnalité des superviseurs. Comprendre les enjeux relationnels dans la dynamique des positionnements requiert de la part du superviseur une connaissance fine de chaque ordre interactionnel (déontique, épistémique et émotionnel), ainsi que la capacité d'identifier les bascules de places qui émergent au cours des échanges. Coordonner et négocier les interactions de supervision pour que le thérapeute se forme à la relation thérapeutique, par exemple, nécessite également d'interpréter ses comportements verbaux et non-verbaux et d'agir sur les trois ordres afin d'atteindre les objectifs fixés. Une formation à la supervision pourrait donc également préparer les superviseurs à analyser les interactions par ce prisme, à se positionner de sorte à influencer le cours des trajectoires pour que le thérapeute acquiert les connaissances et les compétences visées, et à ajuster en permanence ses actions dans une élaboration collaborative des trajectoires interactionnelles. L'acquisition des savoirs théoriques et praxéologiques de la dynamique des places en interaction permettrait au superviseur d'agir, par exemple, sur les asymétries déontiques pour dépasser les résistances à des propositions d'interventions thérapeutiques (rapport déontique distal), ou pour négocier des actions à mener dans les activités de supervision (rapport déontique proximal). Apprendre à varier les positions épistémiques permettrait au superviseur d'accéder à des renseignements sur la situation clinique indispensables à la problématisation, par exemple, ou de produire lui-même des récits d'expérience sur des territoires d'expertise du registre émotionnel qui place les interactants sur un même niveau de légitimité épistémique.

Les réflexions sur la formation des superviseurs ci-dessus, à partir des ingrédients de la professionnalité identifiés dans notre recherche, orientent les bases et choix de conception d'un dispositif pédagogique potentiel. Nous avons montré dans nos analyses que les compétences du superviseur sont éminemment interactionnelles puisqu'elles se déploient dans des activités langagières multimodales essentiellement ; elles sont situées et fortement

contextualisées, mais elles comportent également la composante particulière d'une mise en abyme de la relation thérapeutique dans la relation de supervision. Par conséquent, il nous semble pertinent et intéressant que l'ingénierie d'une formation à la supervision repose sur des principes de conception qui organise un environnement expérientiel et analytique au plus près des pratiques réelles de la supervision elle-même. Les phénomènes interactionnels sur les trois ordres de l'interaction constitueraient le cœur du dispositif. La formation aux compétences interactionnelles de supervision par l'analyse interactionnelle des pratiques de supervision nous semble une orientation fertile. Dans le sillon des recherches sur les pratiques pédagogiques de l'analyse interactionnelle, il s'agirait par exemple de concevoir un dispositif dans lequel les superviseurs seraient formés à l'analyse des interactions et produiraient des données enregistrées de leurs propres activités de supervision, afin de les soumettre à une analyse collective avec des pairs superviseurs et un formateur expert des analyses interactionnelles. Suivant la méthodologie des approches interactionnelles, les superviseurs développeraient une expertise analytique par la transcription multimodale préliminaire des séquences présentées en formation, et par des data sessions de séquences filmées avec les thérapeutes en supervision.

Une autre dimension dans la formation des superviseurs pourrait être envisagée dans la perspective du *Workplace learning* (Filliettaz & Billett, 2015; Tynjälä, 2008), qui considère que les compétences professionnelles se développent dans et par le travail lui-même. Ainsi, le dispositif pourrait comporter une modalité pédagogique qui prépare les superviseurs à analyser les pratiques des thérapeutes en supervision selon la perspective interactionnelle. Dans un premier temps, les superviseurs seraient formés à examiner des enregistrements vidéos de pratiques thérapeutiques en psychiatrie, et à entraîner le repérage des enjeux relationnels et affectifs de la relation thérapeute-patient, ainsi que les similarités dans les phénomènes interactionnels entre la thérapie et la supervision. Dans un second temps, ils seraient invités à mener des analyses interactionnelles de séquences vidéos présentés par leurs thérapeutes en formation. Dans un troisième temps, ils présenteraient en data sessions dans leur propre formation à la supervision, des séquences filmées de leurs pratiques d'analyse interactionnelle avec les thérapeutes en supervision. Ce troisième temps permettrait de développer une posture méta-réflexive à la fois sur les enjeux relationnels de la thérapie en psychiatrie, et sur les enjeux relationnels des interactions de supervisions.

L'analyse des interactions peut également être envisagée dans des dispositifs de formation en dehors du setting de la supervision. Par exemple, dans la formation des professionnels de la santé et du social, l'analyse collective de pratiques réelles filmées a montré des promesses dans différentes études (Durand & Trebert, 2018; Garcia & Filliettaz, 2020; A. Nguyen, Frobert, & Favrod, 2020; A. Nguyen et al., Sous presse; M. Stevanovic & Weiste, 2017). L'analyse des trois ordres de l'interaction, de la dynamique des positionnements, des phénomènes d'imbrication des cadres interactionnels variés, ou de la gestion d'une affectivité en interaction apporterait des réponses à la nécessité de développer des formations pragmatiques à la dimension relationnelle des métiers de l'humain.

Dans le domaine clinique, cette étude vient contribuer aux connaissances des phénomènes de rapports de place dans les défis que représentent, par exemple la décision partagée (soignant-patient), la déstigmatisation des troubles psychiatriques sévères, ou l'éducation thérapeutique. La co-construction d'une relation partenariale basée sur la reconnaissance de territoires épistémiques partagés ou spécifiques à chaque interactants constitue une compétence nécessaire dans le domaine des soins ou de l'éducation. La négociation d'une relation de

confiance dans laquelle l'expression des émotions peut constituer un point de départ pour l'élaboration progressive d'une affiliation partagée constitue, elle aussi, une compétence interactionnelle précieuse, sans laquelle l'efficacité des thérapies est compromise selon la littérature (voir la revue de littérature chapitre 1). Nos résultats concernant le partage d'expérience du superviseur peut alimenter les courants de la recherche sur le dévoilement de soi professionnel (Unhjem et al., 2018), qui tentent de définir les effets de cette pratique dans le partenariat et l'établissement d'une relation de confiance. Former les thérapeutes au partage de l'expérience personnelle clinique ou privée constitue un champ d'investigation dans les milieux professionnels (Favrod & Nguyen, 2020; A. Nguyen, Frobert, Pellet, & Favrod, 2017, 2020)

Au niveau politique et social, cette étude pourrait contribuer à la reconnaissance et à la valorisation de la supervision dans les dispositifs de formation à la psychothérapie, et dans les dispositifs de formation aux métiers de la santé et du social. En effet, les contributions interactionnelles du superviseur montrent des effets manifestes sur les trajectoires cognitives et affectives des thérapeutes. En ce sens, elles participent à la construction d'un environnement qui conduit le thérapeute à produire des traces d'un changement de posture professionnelle concernant sa relation au patient. Notre étude vient apporter une contribution au champ des études sur les effets de la supervision dans le développement professionnel des thérapeutes en psychiatrie.

8.4. Discussion sur la validité des résultats

Nous proposons d'aborder les limites de notre recherche sous l'angle d'une discussion sur la validité de nos résultats, en nous référant aux processus de validation dans les recherches basées sur des enregistrements audio ou vidéo de l'interaction sociale (Peräkylä, 2011). Selon Peräkylä, dans les approches telles que l'analyse interactionnelle ou l'analyse conversationnelle, le but de la démarche vise à représenter la réalité sociale plutôt que de la reproduire. En ce sens, l'objectivité réside dans le fait de garantir l'exactitude et l'exhaustivité des enregistrements, ainsi que dans les efforts pour vérifier la véracité des affirmations analytiques qui sont faites à propos de ces enregistrements. Les productions langagières dans les interactions sociales sont envisagées comme un phénomène en soi qui donne une forme particulière aux questions de validation. Ci-dessous, nous analysons notre démarche selon les six processus de validation d'une recherche suggérés par Peräkylä (2011).

La validation par l'interprétation endogène des interactions

Cette forme de validation renvoie au processus analytique de l'analyse séquentielle des tours de parole, constitutif des fondements de l'analyse conversationnelle (Sacks et al., 1974). Pour rappel, chaque énoncé dans une conversation est interprété par les coparticipants à l'interaction. Les interprétations sont rendues manifestes dans les actions consécutives à l'énoncé produit. La manière dont les interactants eux-mêmes traitent les énoncés constitue une procédure de preuve pour l'analyste : « The proof procedure provided by the next turn remains the primordial criterion of validity that must be used as much as possible in all conversation analytic work » (Peräkylä, 2011, p.369). L'approche ethnographique oriente notre démarche méthodologique et nos outils analytiques. Les analyses interactionnelles produites sont présentées à partir de transcriptions multimodales des enregistrements vidéo des séances de supervision. Les interprétations proposées découlent de l'examen des enchaînements des tours de parole et du sens que les interactants donnent à leurs échanges. En ce sens, et dans

la fiabilité des enregistrements effectués, nos résultats peuvent être considérés comme valides, en tant qu'ils représentent les pratiques réelles de la supervision.

La transparence des affirmations analytiques

La transparence des affirmations analytiques repose sur le paradoxe de la simplicité des résultats et de la complexité de la méthode. En d'autres termes et selon l'auteur, les résultats d'analyses valides rendent compte simplement de réalités complexes. Ce processus est difficile à évaluer selon notre propre perspective. La confrontation avec les experts scientifiques et les communautés professionnelles statuera sur cette forme de validité.

L'analyse des exceptions

L'analyse des exceptions constitue le processus de validation le plus défiant à notre avis. Il revêt, à nos yeux, également un enjeu important sur la question de la posture du chercheur. L'une des tâches de l'analyse interactionnelle consiste à identifier des schémas réguliers de l'interaction (*regular pattern*). Selon l'auteur, les patterns concernent les relations entre des actions. Après avoir établi un pattern, il s'agit d'examiner les cas où les choses se passent différemment que les cas typiques, c'est-à-dire les cas où un élément du pattern n'est pas associé avec un autre élément attendu (*deviant cases*). Il existe trois manières de traiter les exceptions après une analyse fine de ceux-ci : soit le cas s'oriente tout de même vers le pattern régulier, soit il génère de nouvelles hypothèses analytiques qui nécessitent de reconsidérer les patterns initialement établis, ou il nécessite d'explicitier les contingences individuelles du cas singulier car il ne peut, ni être intégré au pattern identifié, ni faire l'objet de nouvelles hypothèses. Lors de notre processus analytique, nous avons été confrontée à plusieurs moments « d'impasse », lors desquels les observations nous ont menées à devoir reconsidérer les constats ou à reprendre les analyses. Nous présentons succinctement trois moments de ce genre et la manière dont nous les avons traités, afin de rendre compte de la validité des résultats finalement produits. Un premier exemple concerne l'analyse des discours rapportés. En nous basant sur les définitions issues de la littérature, nous avons codé les transcriptions de la collection en identifiant les discours rapportés directs (DRS), indirects, les pensées rapportées et les discours projetés dans le futur. Ce faisant, nous avons repéré des productions langagières qui ressemblaient aux discours rapportés directs mais dont le temps du verbe introductifs ne correspondait pas à la définition des DRS. Alors que ces derniers sont généralement introduits par un verbe au présent (« il dit ... ») ou au passé (« il a dit... »), suivi d'un énoncé à la première personne, nos exceptions présentaient des verbes introductifs au conditionnel, tels que (« il aurait pu dire ... »). Après la consultation des écrits dans le domaine des discours rapportés et avec les apports d'Irvine (1996), nous avons décidé de créer une nouvelle catégorie à nos codages, les discours fictifs que nous avons subdivisés selon qu'ils se réfèrent au passé ou au futur. Cette démarche a permis d'examiner plus finement tous les types de discours du genre et d'analyser les différences d'utilisation entre les thérapeutes et les superviseurs. Un autre exemple concerne les trajectoires de l'affectivité en interaction de supervision. La littérature sur les *storytellings* décrit des situations d'abandon d'une gestion collaborative des récits impliqués ; ceci s'observe lorsqu'après plusieurs refus d'affiliation du destinataire, le narrateur recycle son récit de manière plus impliquée encore, et abandonne finalement l'échange. Cette littérature mentionne également que les réponses affiliatives surviennent toujours après des récits impliqués. Nous avons identifié, dans un premier temps, de rares cas d'absence d'affiliation de la part de superviseurs face au récit impliqué d'un thérapeute. Nous avons conclu qu'il existe des abandons à la gestion de l'affectivité en

supervision. Parallèlement dans le fil des analyses, des actions affiliatives de superviseurs ont été observées dans une séquentialité qui ne montrait pas de récit impliqué du thérapeute. En portant une attention particulière à ce phénomène atypique des *storytelling*, nous avons constaté que ces affiliations « orphelines » survenaient de manière décalée dans le temps de la séance, mais reprenaient en contenu les éléments du récit initial du thérapeute. Ces analyses nous ont conduite à reconsidérer le phénomène des abandons, puisque l'affiliation peut émerger plus tardivement. Elles nous ont amenée également à considérer les trajectoires de l'affectivité de manière tout à fait spécifique aux pratiques de supervision. Nous avons donc repris toutes nos analyses en tenant compte de ces dernières observations. Ces mouvements analytiques successifs ont permis d'autres découvertes, qui n'auraient pas été possibles sans l'examen fin des exceptions. L'une de ces découvertes concerne les actions affiliatives précoces des superviseurs. En effet, le fait d'avoir reconsidéré qu'une affiliation peut survenir en apparence sans lien avec un récit impliqué nous a permis de relever que les superviseurs produisent effectivement des affiliations, pas seulement en différé, mais pour impliquer un thérapeute détaché émotionnellement. Une autre découverte concerne les PEX, qui se sont avérés des actions complexes affiliatives, qui n'ont pas été répertoriées dans la littérature. Ainsi, nous avons finalement décrit les trajectoires interactionnelles de l'affectivité en supervision avec la composante inévitable du récit impliqué du thérapeute (selon notre corpus).

L'analyse des exceptions, ou des cas particuliers, a nécessité une posture emprunte d'humilité, de patience et de ténacité. Elle a été formatrice et se révèle constitutive de notre rapport aux données, à la recherche et aux participants à l'étude. « Therefore the researcher should consider the deviant cases not a nuisance, but a treasure. The meticulous analysis of those cases gives impetus, strength and rigour to the development of the analytic argument » (Peräkylä, 2011, p.371).

La validité des revendications concernant le caractère institutionnel de l'interaction

Cette forme de validation constitue le quatrième processus de validation de la recherche. L'une des menaces à la validité concerne « l'importation » du contexte institutionnel dans les données, c'est-à-dire de présupposer des caractéristiques contextuelles aux pratiques interactionnelles observées. L'approche inductive que nous avons mobilisée exige de considérer le caractère imprédictible des phénomènes particuliers des interactions. Ce n'est que lorsque les interactants sélectionnent et manifestent les aspects du contexte qui leur semblent pertinents pour la relation momentanée de l'interaction, que l'analyste peut lier des comportements observés à des caractéristiques du contexte. De ce point de vue, nous sommes reconnaissants à Caroline Christiansen avec laquelle nous avons longuement échangé en début de thèse sur le thème de la relation thérapeutique. Ses questions, ses commentaires ont imprimé une humilité en nous, face à la complexité du phénomène social que nous nous apprêtons à étudier. Aucun présupposé n'a résisté à son regard dénué de jugement. Ces échanges ont permis un déclic dans notre posture de chercheure, celui de l'ignorance et de la curiosité. Tenter de comprendre en décrivant les pratiques observées, sans attentes ni présupposés.

La généralisabilité des découvertes

La généralisabilité des analyses interactionnelles peuvent être questionnées de par le petit nombre de participants. Dans les termes de Peräkylä (ibidem), «How widely can results, derived

from relatively small samples, be generalized? [...] Do the findings of particular study hold true in settings other than the one that was studied in this particular case? » (p.374). Nous avons veillé à ce que nos résultats soient régulièrement confrontés aux autres recherches dans les domaines d'études connexes. Nous avons rendu visibles ces retours à la littérature dans le flux des analyses, en consultant les études portant sur des pratiques institutionnelles similaires, ou sur des pratiques interactionnelles semblables. Nous avons veillé que les tandems proviennent d'institutions différentes, que les approches enseignées en supervision représentent plusieurs courants (psychodynamique, systémique et cognitivo-comportemental), et que les professions soient relativement variées (psychologues et psychiatres). Notre étude peut être considérée comme des pratiques possibles dans différents settings de supervision.

L'utilisation de méthodes quantitatives

Le recours aux méthodes quantitatives peut améliorer la représentativité des pratiques codées et comptabilisées. Nous avons procédé à des traitements quantitatifs, à différents moments de la recherche et sur différents phénomènes, tels que les discours simulés, les partages d'expériences des superviseurs par exemple. Dans ces cas, la définition des variables était relativement précise, ce qui a permis de concevoir des grilles de codages (voir le chapitre méthodologique et les annexes). Pour le phénomène de l'implication, nous avons dû concevoir les grilles de codages, en nous référant à une vaste littérature hétérogène. Les indicateurs comportementaux ont été définis en regroupant les résultats de ces nombreuses recherches.

Malgré un soin porté à la rigueur de notre démarche, les grilles n'ont pas été testées avec une fidélité inter-juges, ce qui peut réduire la validité de certains résultats. Toutefois, la valeur exploratoire de cette recherche permet de donner l'occasion à des recherches ultérieures de tester nos outils et mettre à l'épreuve nos résultats.

CONCLUSION

La supervision est une modalité de formation importante dans le développement de la professionnalité des thérapeutes, et revêt, par conséquent, un enjeu majeur pour l'efficacité des thérapies. La relation thérapeute-patient est une dimension centrale abordée par le tandem de supervision et constitue l'objet d'une analyse de l'expérience vécue du thérapeute. Le but de la supervision consiste donc à élaborer une compréhension partagée des enjeux de la relation thérapeutique et à définir une posture ainsi que des interventions auprès du patient qui favorisent une alliance et un processus thérapeutique. Un travail analytique collaboratif repose ainsi à la fois sur le récit du thérapeute et sur les actions du superviseur, en réponse au récit expérientiel empreint d'une affectivité dans l'interaction-même de la supervision. Clinicien-formateur, le superviseur est garant des conditions relationnelles pour que le thérapeute déploie son récit d'expérience et adopte une posture réflexive à propos de sa relation au patient. Par conséquent, le défi du superviseur est de réussir à enrôler le thérapeute dans une trajectoire interactionnelle, affective et réflexive, à propos de la relation thérapeutique.

L'objectif de cette recherche était précisément d'éclairer les processus interactionnels de la supervision pour documenter les pratiques qui permettent le travail analytique sur le récit d'expérience du thérapeute et pour comprendre les phénomènes de pouvoir, les processus d'apprentissage et la gestion fine de l'affectivité dans les échanges entre les interactants. Il s'agissait également de documenter la professionnalité du superviseur dans la conduite de ses activités de formation auprès du thérapeute. Cela nous a conduit à analyser les pratiques langagières des tandems de supervision, aux plans du discours des participants, des phénomènes d'implication et d'affiliation dans les échanges, et des positionnements sur les trois ordres de l'interaction (déontique, épistémique et émotionnel).

Contributions de la recherche pour les communautés professionnelles

Nos analyses ont mis en évidence trois formes de supervision (le suivi longitudinal, la présentation unique basée sur une question clinique spécifique et la revue de cas multiples) et cinq activités de supervision conjointement menées (renseigner, enseigner/apprendre, problématiser, évaluer et préparer les actions futures). L'analyse de l'organisation des séances et des activités de supervision a permis d'identifier deux statuts à la thématique de la relation thérapeutique : dans les cas où les interactants reconnaissent le thème comme particulier et central, nous avons qualifié le travail sur la relation thérapeutique comme étant *focalisé* ; dans les cas où les interactants consacrent une attention transitoire à la relation thérapeutique au cours de l'analyse d'une situation clinique, nous avons alors qualifié le travail comme étant *emboîté*. Par ces analyses sur l'ensemble du corpus, nous avons relevé que les tandems consacrent en moyenne un quart du temps de supervision au travail sur la relation thérapeutique, au cours duquel ils convoquent des cadres interactionnels variés (cliniques, privés ou de la supervision elle-même). Pour évoquer les événements significatifs dans les suivis thérapeutiques, les interactants recourent à des pratiques discursives qui simulent des échanges survenus, qui auraient pu se produire ou qui pourraient être envisagés dans le futur ; il s'agit des discours rapportés (directs, indirects, les pensées rapportées) et les discours fictifs (les discours hypothétiques passés et les discours fictifs projetés). Les imbrications de cadres interactionnels multiples révèlent un travail collaboratif d'analyse des enjeux de la relation

thérapeute-patient et une co-construction progressive des perspectives de positionnement et d'action pour le thérapeute.

Nos analyses ont montré que les émotions du thérapeute sont présentes dans les échanges avec le superviseur en tant que contenu discursif, mais elles se manifestent également de façon multimodale dans les interactions de supervision. Elles donnent lieu à une gestion collaborative de l'affectivité, visible dans la séquentialité des productions langagières des tandems. L'implication et l'affiliation constituent les processus interactionnels qui configurent les trajectoires affectives et cognitives de la supervision. L'analyse de ces trajectoires a permis de rendre compte d'une organisation des interactions qui s'oriente nécessairement vers un traitement de l'affectivité lorsque les tandems abordent le topic de la relation thérapeutique. Les actions du superviseur, telles que la reconnaissance, l'interprétation ou la désaffiliation, semblent cruciales pour que les trajectoires se déploient du registre émotionnel au registre cognitif. Ces actions s'avèrent également indispensables pour le processus autoréflexif du thérapeute concernant sa posture affective et relationnelle avec le patient. C'est dans ce processus que se donne à voir une reconfiguration de la perspective initiale du thérapeute à propos des enjeux de sa relation avec le patient. Ces trajectoires rendent compte des déplacements affectifs et cognitifs des interactants, mettant à jour à la fois le processus d'apprentissage du thérapeute et les ingrédients de la professionnalité du superviseur.

La présente recherche documente également les enjeux de pouvoir et les rapports d'autorité liés aux expertises des interactants, qui se combinent à la gestion de l'affectivité en interaction. Ancrée dans une perspective ethnométhodologique, nos analyses ont montré que les interactions de supervision se (re)configurent en permanence selon les ordres déontique, épistémique et émotionnel. Les pratiques interactionnelles indiquent une répartition des rôles selon une logique à la fois située dans le moment de la supervision et définie par des droits et devoirs liés au cadre de la rencontre. La supervision donne donc lieu à des négociations de places qui rythment la dynamique des positionnements dans les échanges de façon à la fois simultanée et séquentielle. Si la répartition asymétrique des droits et des devoirs au plan déontique (le pouvoir de décision) sont relativement peu contestés par les thérapeutes, les rapports d'autorité épistémiques, quant à eux, sont sans cesse négociés. Fortement dépendantes des activités de supervision, les asymétries d'expertise se donnent à voir selon que les territoires mobilisés concernent la connaissance du patient, les approches théoriques thérapeutiques, ou la connaissance de soi, par exemple. Au cours des interactions, superviseurs et thérapeutes s'alignent ou contestent les positions prises par leur co-participant, revendiquant un pouvoir décisionnel ou de légitimité dans les savoirs mobilisés. Les interactants recourent à des ressources langagières diverses, telles que les questions, le désalignement, la désaffiliation, la production d'une emphase discursive, par exemple, pour réduire les asymétries ou les remettre en question. Dans les négociations complexes, c'est-à-dire lorsque les configurations de positionnement ne trouvent pas rapidement une issue complémentaire, les interactants agissent sur plusieurs ordres interactionnels pour tenter d'obtenir l'adhésion du co-participant en vue d'une décision d'action (ordre déontique), du sens donné à une situation (ordre épistémique) ou d'une reconnaissance d'un vécu affectif (ordre émotionnel). Des actions langagières particulières du superviseur, telles que le partage d'expériences personnelles (PEX) ou l'affichage d'une appartenance à la même communauté de pratique (les thérapeutes), indiquent une gestion interactionnelle des enjeux de la supervision.

Les analyses interactionnelles de la recherche révèlent un phénomène de mise en abyme de la relation thérapeutique dans la relation de supervision. Les pratiques interactionnelles présentent des similarités dans les analogies d'actions et de posture des participants dans les deux situations. Dans la supervision, le thérapeute est immergé dans un environnement interactionnel, à la fois sujet participatif et spectateur de la situation dans laquelle il est impliqué. Bénéficiaire principal de l'objectif de la rencontre, il est également témoin des actions du superviseur, qui ont des similarités avec les actions thérapeutiques qu'il mène ou projette de mener auprès de ses patients. Il contribue aux interactions et éprouve les effets sur lui-même des stratégies employées par le superviseur pour soutenir son récit d'expérience, pour produire des actions affiliatives, assurer une trajectoire topicale cohérente malgré une action désaffiliative, orienter les trajectoires interactionnelles vers l'élaboration d'une conversation qui permettent un discours autoréflexif. La supervision, en tant qu'environnement interactionnel, constitue, en ce sens, une expérience formative pour le thérapeute, à la fois enrôlé en tant que bénéficiaire d'actions visant à son développement, et placé en tant qu'observateur de pratiques dans la gestion de l'affectivité et des positionnements interactionnels.

La professionnalité du superviseur se révèle tours de parole après tours de parole dans l'ajustement continu de son positionnement sur les trois ordres de l'interaction, assurant la conduite des échanges dans une trajectoire affective et topicale qui mène au processus autoréflexif du thérapeute à propos de la relation thérapeutique. Les ressources interactionnelles mobilisées par le superviseur se déploient sur les trois ordres : au niveau déontique dans la conduite des séances (ouvertures et clôtures) et dans la mise en œuvre des activités conjointement menées (particulièrement le soutien à la production des récits d'expérience et la préparation des interventions futures) ; au niveau épistémique, dans les activités d'enseignement, de problématisation et d'évaluation ; au niveau émotionnel, dans la gestion de l'affectivité (particulièrement dans les processus affiliatifs). Cette professionnalité est spécifique et originale en ce qu'elle permet au superviseur d'organiser une mise en abyme de la relation thérapeutique dans l'environnement interactionnel de la supervision, et de produire des actions langagières complexes qui imbriquent plusieurs cadres interactionnels et qui combinent des actions sur les trois ordres interactionnels de façon simultanée et collaborative.

Les résultats de notre recherche permettent d'envisager des retombées pratiques pour la formation des superviseurs, des thérapeutes et plus largement des professionnels de la santé et du social. Les champs de l'éducation et de la formation peuvent également bénéficier des connaissances produites par cette recherche. A l'instar de la supervision ou de la thérapie, les enjeux liés à la gestion de l'affectivité et des positionnements traversent les interactions entre un enseignant-formateur et un apprenant. Quel que soit l'âge de l'apprenant ou le type de formation (élève en période de scolarisation, étudiant jeune adulte en professionnalisation initiale ou professionnel confirmé en formation continue, par exemple), l'interaction est au cœur du dispositif. L'engagement d'un étudiant dans ses apprentissages, ses facilités et ses difficultés convoquent son histoire de vie, son développement identitaire, son rapport au savoir et à la relation éducative. La littérature en sciences de l'éducation rend compte de ces dimensions et de l'importance de les considérer dans l'ingénierie des dispositifs de formation comme dans les formes d'accompagnement des apprenants (Bandura, 1993; Bautier & Goigoux, 2004; Bourgeois & Nizet, 2005; Merhan Rialland, 2007, 2012). Par conséquent, accompagner les apprentissages ou le développement professionnel requiert de la part de

l'enseignant-formateur de connaître les phénomènes relationnels dans son activité auprès de l'apprenant. A titre d'exemple, dans les dispositifs de formation en alternance, qui conçoivent l'expérience comme étant centrale, le formateur organise et assure un environnement interactionnel qui permet le travail d'explicitation des situations vécues et leur analyse en vue du développement de nouveaux savoirs (Vanhulle, Merhan Rialland, & Ronveaux, 2007). Pour l'apprenant, raconter son expérience suscite un vécu, un rapport à ce vécu et il véhicule potentiellement des émotions. Pour le formateur, faire raconter l'expérience et en explorer le vécu requiert des compétences interactionnelles pour organiser des conditions relationnelles et pédagogiques favorables au processus réflexif de l'apprenant ; cela exige également d'identifier ces émotions dans la situation interactionnelle de formation et de faire de ce récit une ressource à l'apprentissage de l'étudiant. Les enseignements comportant une forte résonance émotionnelle, comme dans l'éducation à la diversité culturelle chez les élèves du primaire et du secondaire sont un autre exemple (Mirza, Grossen, de Diesbach-Dolder, & Nicollin, 2014). Les actions langagières de l'enseignant peuvent constituer des ressources discursives au processus de secondarisation ; ce processus consiste à transformer des expériences racontées et des émotions suscitées en une forme communicable pour les étudiants et pour les co-participants, de les considérer sous différents points de vue, et d'adopter une posture réflexive à leur propos (Mirza et al., 2014). Nos analyses contribuent à la compréhension des phénomènes interactionnels dans ces champs professionnels, en ce qu'elles examinent les manifestations de l'implication dans les productions langagières d'une personne (ses signes et ses variations), son émergence et son évolution dans l'interaction, ainsi que les actions langagières du co-participant (les actions affiliatives ou désaffiliatives). Former les enseignants-formateurs aux compétences interactionnelles dans la gestion de l'affectivité, c'est offrir non seulement des connaissances qui permettent d'identifier et de comprendre ces phénomènes, mais aussi des outils qui permettent d'agir dans la situation interactionnelle pour atteindre les objectifs pédagogiques visés.

Les résultats de cette recherche concernant les dynamiques de positionnement selon les trois ordres de l'interaction peuvent également intéresser les professionnels de l'éducation et de la formation. La relation éducative, ou pédagogique, met en présence un enseignant-formateur et un ou plusieurs apprenants. Les rôles et les places de chacun se négocient dans la situation de rencontre, qui comporte ses contraintes contextuelles, organisationnelles et culturelles. Les participants s'engagent dans les activités collaboratives en se positionnant les uns par rapport aux autres. Les échanges se configurent et se reconfigurent sans cesse en fonction des enjeux de pouvoir, d'expertise et des rapports émotionnels. Assigner une tâche à un élève ouvre des options diverses au déroulement de l'interaction, selon que l'élève accepte ou non de faire cette tâche. Pour que le formateur puisse apporter de nouvelles connaissances à un apprenant, il faut que celui-ci lui reconnaisse une légitimité, ou une autorité, pour se mettre en disposition de s'approprier ces savoirs. Exposer ses difficultés au formateur requiert de la part de l'étudiant une démarche d'explicitation d'une expérience potentiellement chargée d'émotions ; pour que le récit émerge et se déploie, le formateur doit produire des indices de reconnaissance que ce vécu est légitime et valable. Par conséquent, chaque mouvement interactionnel d'un participant indique une prise de position à propos de ce dont il est question dans l'échange et à propos de la relation elle-même ; le co-participant a la possibilité d'accepter la place offerte, ou au contraire de la refuser. Par exemple, à la demande d'un formateur que l'étudiant cesse de perturber le cours, celui-ci peut se taire (complémentarité) ou au contraire le défier (contestation et négociation). Dans la deuxième option, le pouvoir déontique du formateur est contesté et une négociation des places survient alors. Il en va de même pour les rapports

épistémiques et émotionnels. En formation des adultes, l'une des difficultés du formateur réside dans la prise de position épistémique d'expertise lorsqu'il enseigne à des professionnels confirmés qui détiennent eux-mêmes déjà une expertise sur le même territoire. Le rapport égalitaire dans un domaine de connaissance complexifie potentiellement les positionnements des participants. Du point de vue de l'affectivité en classe, l'enseignant peut se trouver en position difficile s'il ne parvient pas à gérer les émotions d'un étudiant, paniqué face à une tâche trop difficile ou la crainte d'un examen. Former aux enjeux des rapports de place dans la relation pédagogique permet d'augmenter la capacité des professionnels à identifier la dynamique des positionnements dans les interactions et d'ajuster leurs actions. Repérer les actions langagières des participants et de les situer sur les ordres de l'interaction permet aux formateurs d'analyser les phénomènes de résistance et d'influence à leurs propres actions. Ils peuvent agir sur l'ordre concerné par la négociation ou sur l'un des deux autres ordres pour tenter d'influencer le cours de l'interaction. En effet, au défi des rapports déontiques, il peut s'avérer plus efficace de clarifier les rôles de chacun que de répondre au niveau émotionnel ; à la contestation d'une légitimité épistémique, il peut être inutile de faire acte de pouvoir ; à la panique d'un étudiant au moment de commencer sa conférence, l'enseignant-formateur peut reconnaître le vécu et proposer une technique pour réguler l'émotion plutôt que de menacer l'étudiant ou d'ignorer l'émotion exprimée.

L'analyse des phénomènes interactionnels renseigne donc la professionnalité des formateurs dans divers champs d'application (scolaire, formation des adultes) et plus largement des métiers de l'humain pour lesquels l'interaction constitue une dimension centrale (santé, social, management, services). Elle permet d'envisager les retombées pratiques de cette recherche pour la formation de ces professionnels du point de vue des contenus à enseigner, mais également aux plans de l'ingénierie de formation et des modalités pédagogiques. La supervision à la relation pédagogique pourrait être aux enseignants-formateurs ce que la supervision à la relation thérapeutique est aux professions de la santé et du social. Les dispositifs de formation en sciences de l'éducation pourraient avoir un intérêt à intégrer de la supervision, individuelle ou collective, aux enjeux de la relation pédagogique pour outiller les professionnels non seulement aux plans théoriques mais également pratiques, concernant la gestion de l'affectivité et des positionnements dans l'interaction.

Contributions de la recherche au plan scientifique

Finalement, notre recherche apporte une contribution aux travaux scientifiques dans différents champs d'étude. Dans le champ de l'analyse du travail et de la formation, notre recherche apporte un éclairage sur la part langagière du travail et plus spécifiquement sur les processus de coordination, de collaboration et de négociation des actions menées par les participants. Par notre démarche ethnographique basée sur les traces de l'activité réelle, nous proposons des outils mixtes pour rendre compte des enjeux relationnels dans les interactions au travail. L'usage de transcriptions multimodales des comportements langagiers des interactants renforcent la pertinence de la perspective interactionnelle pour l'analyse du travail et des situations de formation, en particulier pour l'examen fin des processus d'apprentissage, des pratiques pédagogiques, de la gestion de l'affectivité dans les interactions et de la dynamique des positionnements des interactants. Analyser le travail de supervision par le prisme de l'affectivité et des enjeux de place contribue à la compréhension des interactions institutionnelles, et de ce fait, au champ des recherches dans les sciences du travail et de la formation ainsi qu'au champ de l'analyse des interactions.

Notre recherche contribue au champ de l'analyse interactionnelle des pratiques sociales quotidiennes et/ou institutionnelles, ainsi qu'au champ de l'analyse du discours. La littérature scientifique qui concerne les discours rapportés pourrait être intéressée par nos résultats sur les discours fictifs. Irvine (1996) a évoqué que la portée d'un énoncé s'étend au-delà de la situation d'interaction, c'est-à-dire vers le passé, l'avenir ou l'hypothétique, le locuteur construisant une « relation projective » entre plusieurs dialogues évoqués. Les discours hypothétiques passés permettent au superviseur de problématiser des échanges qui auraient pu se produire entre le patient et le thérapeute ; ils simulent des interactions qui n'ont pas eu lieu. Les discours projetés dans l'avenir semblent permettre au superviseur de montrer au thérapeute comment formuler des interventions verbales auprès du patient. Ces pratiques sont intéressantes à étudier plus précisément, au niveau du temps des verbes, des particularités syntaxiques de ces énoncés, et de la séquentialité de leur émergence dans les activités collectives, par exemple. Des études pourraient investiguer les usages de ces pratiques discursives dans d'autres contextes que celui de la supervision. Ce type de discours pourraient susciter de la curiosité dans le domaine des études sur les fonctions d'étayage auprès de l'enfant (Wood, Bruner, & Ross, 1976) et dans les études plus récentes dans ce domaine. En effet, les pratiques de supervision comportent des discours projetés concernant l'activité de préparation aux interventions thérapeutiques futures. Elles prennent la forme d'énonciations idéales à mener dans l'interaction avec le patient et s'apparentent à la « démonstration » selon Wood, Bruner et Ross (1976, p. 98). Dans le domaine de la formation des adultes, le repérage des discours projetés peut contribuer à décrire les pratiques tutorales (Filliettaz, 2017; Kunégel, 2005, 2011) comme des ressources interactionnelles à l'accompagnement des étudiants stagiaires ou des apprentis.

Nous avons évoqué, dans la partie consacrée aux retombées de la recherche, que le récit d'expérience peut susciter des émotions, qui font l'objet d'un processus de secondarisation dans l'enseignement à la diversité culturelle chez les élèves (Mirza et al., 2014). Les actions langagières de l'enseignant peuvent constituer des ressources pour ce processus afin d'aider les élèves à adopter une posture réflexive à propos de ces émotions et à élargir les concepts-clés de la diversité culturelle (Grossen & Mirza, 2020; Mirza, 2016). Nos résultats apportent une contribution à ce champ de recherche. Nous avons décrit un processus similaire dans le développement progressif d'un discours autoréflexif du thérapeute à propos de ses émotions et de sa relation avec un patient. Par les analyses multimodales des interactions, nous avons également décrit un déplacement du registre émotionnel au registre cognitif dans les trajectoires de l'affectivité des tandems de supervision. L'implication des thérapeutes s'est avérée incontournable pour que l'autoréflexivité se donne à voir dans les séquences. Le processus d'affiliation des superviseurs semble également être nécessaire pour que s'opère le passage du registre émotionnel au registre cognitif. Nos analyses montrent que les actions langagières du superviseur constituent la pierre angulaire de ces trajectoires de l'affectivité. Elles conduisent le thérapeute à se penser, à se réfléchir dans la relation qu'il entretient avec ses patients, au moyen de ressources épistémiques conjointement mobilisés avec le superviseur. Par conséquent, les émotions dans les discours peuvent être étudiées non seulement du point de vue de leur trajectoire topicale, mais aussi dans leur trajectoire affective collectivement élaborées. L'examen fin de la séquentialité multimodale des interactions permet d'identifier les gestes professionnels du superviseur, et potentiellement des formateurs, des enseignants, des professionnels œuvrant avec et pour les autres. Il nous semble scientifiquement fertile d'étudier d'une part les trajectoires de l'affectivité dans le processus de secondarisation. D'autre part, dans l'évolution du travail cognitif dans la

supervision à la relation thérapeutique, il serait intéressant d'examiner si des processus de secondarisation se donnent à voir dans les trajectoires interactionnelles de la supervision. La compréhension des éléments de la professionnalité des enseignants et des superviseurs pourrait bénéficier de ces nouvelles analyses.

Le recours à des méthodes quantitatives pour compléter les analyses interactionnelles s'avère intéressant dans la démarche de renforcement de la validité des résultats. En effet, les pratiques qui ont été codées et comptabilisées contribuent à améliorer la représentativité des phénomènes identifiés. Par exemple, l'utilisation d'outils mixtes a permis d'identifier des pratiques langagières particulières, telles que les discours fictifs, et de constater qu'ils sont produits plus fréquemment par les superviseurs que par les thérapeutes. Cette analyse du phénomène de façon mixte a permis d'identifier l'une des dimensions de la professionnalité du superviseur. Il en va de même pour les résultats qui concernent les phénomènes d'implication et d'affiliation ou de positionnement sur les trois ordres de l'interaction. L'analyse interactionnelle multimodale a mis jour la séquentialité des processus affectifs et de la négociation des places entre superviseurs et thérapeutes. Pour repérer les patterns récurrents, pour analyser les exceptions et pour généraliser les découvertes, nous avons développé des outils de codage des comportements verbaux, vocaux et gestuels. Des études plus poussées techniquement permettraient d'éprouver ces outils et de tester leur robustesse, par l'évaluation de la fidélité inter-juges, par leur utilisation sur des données issues d'autres terrains, ou par leur couplage avec d'autres types de mesures (physiologiques ou linguistiques, par exemple). Plusieurs recherches ont ouvert cette voie en mesurant, par exemple, les réponses physiologiques des interactants lors de récit d'expérience (Peräkylä et al., 2015; Voutilainen et al., 2014; Voutilainen, Henttonen, et al., 2018), en développant des outils de mesure physiologique des comportements empathiques (Xiao, Imel, Georgiou, Atkins, & Narayanan, 2016), en mesurant les variations phonologiques des énoncés (Local & Walker, 2008; Majid, 2012), en évaluant la reconnaissance prosodique des émotions dans la schizophrénie (Roux et al., 2010), ou en mesurant le temps d'un comportement (par exemple des mimiques du visages ou des mouvements nerveux des jambes) dans la séquentialité d'une interaction (Lakin & Chartrand, 2003).

La présente recherche s'est intéressée aux phénomènes interactionnels de la supervision en psychiatrie. Elle a permis de rendre compte des pratiques interactionnelles de la formation à la relation thérapeutique et des enjeux relationnels entre les superviseurs et les thérapeutes. Elle apporte de nouvelles connaissances sur les pratiques énonciatives particulières des activités de supervision, sur les trajectoires de l'affectivité en interaction, sur les processus d'implication et d'affiliation, et sur les dynamiques de positionnements sur les trois ordres de l'interaction. Cette thèse apporte une contribution scientifique à la perspective interactionnelle dans les sciences du travail, de la formation, qui s'affirme comme une approche méthodologique d'étude des pratiques sociales institutionnelles. Elle apporte également de nouvelles connaissances pour les courants interactionnistes.

BIBLIOGRAPHIE

- Ajdukovic, M., Cajvert, L., Judy, M., & Kuhn, H. (2015). Validating Competences. The ECVision Reference Table ECTS-ECVET. Retrieved from https://www.anse.eu/wp-content/uploads/2017/01/ECTS_ECVET_ReferenceTable.pdf
- Albarello, L., Barbier, J.-M., Bourgeois, E., & Durand, M. (2013). *Expérience, activité, apprentissage*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Antaki, C., & Kent, A. (2012). Telling people what to do (and, sometimes, why): Contingency, entitlement and explanation in staff requests to adults with intellectual impairments. *Journal of pragmatics*, 44(6-7), 876-889. doi:10.1016/j.pragma.2012.03.014
- Antaki, C., & Kent, A. (2015). Offering alternatives as a way of issuing directives to children: Putting the worse option last. *Journal of pragmatics*, 78, 25-38. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pragma.2015.01.004>
- Atkinson, J. M., & Drew, P. (1979). *Order in court: The organisation of verbal interaction in judicial settings*. London: Macmillan.
- Azaoui, B. (2014). Analyse multimodale de l'agir professoral et degré de granularité de traitement. Réflexions méthodologiques. *Lidil. Revue de linguistique et de didactique des langues*(49), 17-32. Retrieved from <https://journals.openedition.org/lidil/3419>
- Balslev, K., Filliettaz, L., Ciavaldini-Cartaut, S., & Vinatier, I. (2015). *La part du langage: pratiques professionnelles en formation*. Paris: L'Harmattan.
- Bamberg, M. (1997). Language, concepts and emotions: The role of language in the construction of emotions. *Language sciences*, 19(4), 309-340.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R., & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16(03), 317-331.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bangerter, A., Mayor, E., & Pekarek Doehler, S. (2011). Reported speech in conversational storytelling during nursing shift handover meetings. *Discourse Processes*, 48(3), 183-214.
- Barber, J. P., Sharpless, B. A., Klostermann, S., & McCarthy, K. S. (2007). Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derived from the outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 493.
- Barbier, J.-M., Durand, M., & Puybonnieux, A. (2017). *Encyclopédie d'analyse des activités*. Paris: Presses universitaires de France.
- Barrett, M. S., & Berman, J. S. (2001). Is psychotherapy more effective when therapists disclose information about themselves? *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(4), 597.
- Bautier, É., & Goigoux, R. (2004). Difficultés d'apprentissage, processus de secondarisation et pratiques enseignantes: une hypothèse relationnelle. *Revue française de pédagogie*, 148, 89-100.
- Bavelas, J. B., & Chovil, N. (2000). Visible acts of meaning: An integrated message model of language in face-to-face dialogue. *Journal of Language and social Psychology*, 19(2), 163-194.

- Beach, M. C., Roter, D., Larson, S., Levinson, W., Ford, D. E., & Frankel, R. (2004). What do physicians tell patients about themselves? *Journal of general internal medicine*, 19(9), 911-916.
- Berger, E. (2016). *Prendre la parole en L2: Regard sur la compétence d'interaction en classe de langue*. Berne: Peter Lang.
- Berger, E., & Lauzon, V. F. (2016). Orienting to a co-participant's emotion in French L2. *Emotion in Multilingual Interaction*, 266, 87.
- Berger, E., & Pekarek Doehler, S. (2015). Direct reported speech in storytellings: Enacting and negotiating epistemic entitlements. *Text & Talk*, 35(6), 789-813.
- Berthoud, A.-C., & Mondada, L. (1993). Traitement du topic: aspects théoriques et acquisitionnels. *Bulletin CILA (Commission interuniversitaire suisse de linguistique appliquée) («Bulletin VALS-ASLA» depuis 1994)*, 57, 123-135.
- Besnier, N. (1994). Involvement in linguistic practice: An ethnographic appraisal. *Journal of pragmatics*, 22(3-4), 279-299.
- Billett, S. (2011). Workplace curriculum: practice and propositions. In F. Dochy, D. Gijbels, M. Segers, & P. Van den Bossche (Eds.), *Theories of learning for the workplace. Building blocks for training and professional development programs* (pp. 17-36). London: Routledge
- Binder, J. L. (1993). Is it time to improve psychotherapy training? *Clinical Psychology Review*, 13(4), 301-318.
- Bioy, A., & Bachelart, M. (2010). L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques. *Perspectives Psy*, 49(4), 317-326.
- Bourgeois, E., & Nizet, J. (2005). *Apprentissage et formation des adultes* (3 ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- Bristol, R., & Rossano, F. (2020). Epistemic trespassing and disagreement. *Journal of Memory and Language*, 110, 104067.
- Brown, S. D., & Lent, R. W. (2008). *Handbook of counseling psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Buttny, R. (1998). Putting prior talk into context: Reported speech and the reporting context. *Research on language and social interaction*, 31(1), 45-58.
- Catty, J., Winfield, H., & Clement, S. (2007). The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 238-252.
- Chur-Hansen, A., & McLean, S. (2007). Trainee psychiatrists' views about their supervisors and supervision. *Australasian Psychiatry* 15(4), 269-272. doi:10.1080/10398560701441703
- Clift, R. (2007). Getting there first: Non-narrative reported speech in interaction. *Studies in interactional sociolinguistics* 24, 120.
- Collins, S., Britten, N., Ruusuvuori, J., & Thompson, A. (2007). Understanding the process of patient participation. *Patient participation in health care consultations: Qualitative perspectives*, 3-21.
- Corminboeuf, G. (2017). Projection et rétrojection. *Travaux de linguistique*(1), 141-155.
- Cottraux, J. (2004). Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). *Psychothérapies*, 24(3), 151-159.
- Couper-Kuhlen, E. (1999). Coherent voicing: On prosody in conversational reported speech. In W. Bublitz, U. Lenk, & E. Ventola (Eds.), *Coherence in Spoken and Written*

- Discourse: How to create it and how to describe it* (Vol. 63, pp. 11-34). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Couper-Kuhlen, E. (2009). A sequential approach to affect: The case of 'disappointment'. *Talk in interaction: Comparative dimensions*, 94-123. Retrieved from <http://library.oapen.org/bitstream/id/b010ff77-3726-44a2-bad0-f728a5c2794d/638229.pdf#page=94>
- Couper-Kuhlen, E. (2012). Exploring affiliation in the reception of conversational complaint stories. In A. Peräkylä & M.-L. Sorjonen (Eds.), *Emotion in interaction* (pp. 113--146). Oxford: Oxford University Press.
- Craven, A., & Potter, J. (2010). Directives: Entitlement and contingency in action. *Discourse Studies*, 12(4), 419-442.
- Cungi, C. (2009). L'alliance thérapeutique. *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*(6), 15-15.
- Curl, T. S., & Drew, P. (2008). Contingency and action: A comparison of two forms of requesting. *Research on language and social interaction*, 41(2), 129-153. doi:10.1080/08351810802028613
- Darwin, C. (1873). *The expression of emotions in man and animals*. London: William Clowes and Sons.
- Davitti, E., & Pasquandrea, S. (2014). Enhancing research-led interpreter education: an exploratory study in Applied Conversation Analysis. *The Interpreter and Translator Trainer*, 8(3), 374-398.
- Derlaga, V. J., & Berg, J. H. (2013). *Self-disclosure: Theory, research, and therapy*. New York: Plenum Press.
- Détienne, F., Greco, L., Mondada, L., Traverso, V., & Wiesser, W. (2009). La transcription. In F. Detienne & V. Traverso (Eds.), *Méthodologies d'analyse de situations coopératives de conception* (pp. 69-84). Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- Devienne, É. (2011). *Le grand livre de la supervision*. Paris: Editions Eyrolles.
- Doehrman, M. J. (1976). Parallel processes in supervision and psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40(1), 3-104.
- Doury, M. (2016). *Argumentation: analyser textes et discours*. Paris: Armand Colin.
- Du Bois, J. W. (1991). Transcription design principles for spoken discourse research. *Pragmatics*, 1, 71-106.
- Du Bois, J. W. (2007). Stancetaking in discourse: Subjectivity, evaluation, interaction. In R. Englebretson (Ed.), (Vol. 164). Philadelphia: John Benjamins Publishing.
- Du Bois, J. W., & Kärkkäinen, E. (2012). Taking a stance on emotion: Affect, sequence, and intersubjectivity in dialogic interaction. *Text & Talk*, 32(4), 433-451.
- Dulit, R., Goldman, B., Siris, S., Sonis, W., Bank, P., Hermann, R., & Fornari, V. (2001). Reexamination of Therapist Self-Disclosure. *Psychiatric Services*, 52(11), 1489.
- Durand, I. (2017). *Le positionnement du stagiaire dans la relation tutorale: une analyse interactionnelle des pratiques d'aide dans la formation à l'éducation de l'enfance*. University of Geneva, Genève.
- Durand, I., & Trebert, D. (2018). Quand l'outil des chercheurs devient celui des praticiens: Un Groupe d'Analyse des Interactions en formation de formateurs. In I. Vinatier, L. Filliettaz, & M. Laforest (Eds.), *L'analyse des interactions dans le travail: outil de formation professionnelle et de recherche* (pp. 51-76). Dijon: Raisons et Passions.
- Durand, I., Trebert, D., & Filliettaz, L. (2015). Offre et prise de place: l'accomplissement des configurations de participation à l'interaction tutorale. In K. Balslev, L. Filliettaz, S.

- Ciavaldini-Cartaut, & I. Vinatier (Eds.), *La part du langage: pratiques professionnelles en formation* (pp. 31-60). Paris: L'Harmattan.
- Egbert, M. (2002). *Affiliation and Disaffiliation through Lexical Choice. The Difference between Two German Translations of English Why*. Paper presented at the International Conference of Conversation Analysis, Copenhagen.
- Egbert, M., & Vöge, M. (2008). Wh-interrogative formats used for questioning and beyond: German warum (why) and wieso (why) and English why. *Discourse Studies*, 10(1), 17-36.
- Ekman, P. (2006). *Darwin and facial expression: A century of research in review*. Los Altos, CA: Malor Books.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of personality and social psychology*, 17(2), 124.
- Ekman, P., & Friesen, W. V. (2003). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotions from facial clues*. Los Altos, CA: Malor Books.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Ancoli, S. (1980). Facial signs of emotional experience. *Journal of personality and social psychology*, 39(6), 1125.
- Elkaïm, M. (1989). *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*. Paris, France: Seuil.
- Ellis, M. V., D'Iuso, N., & Ladany, N. (2008). State of the art in the assessment, measurement, and evaluation of clinical supervision. *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice*, 2, 473-499.
- Enfield, N. J., & Stivers, T. (2007). *Person reference in interaction: Linguistic, cultural and social perspectives* (Vol. 7). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 373-378. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796711000647>
- Falender, C. A., Cornish, J. A., Goodyear, R., Hatcher, R., Kaslow, N. J., Leventhal, G., . . . Grus, C. (2004). Defining competencies in psychology supervision: a consensus statement. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 771-785. doi:10.1002/jclp.20013
- Falzon, P., & Teiger, C. (2011). Ergonomie, formation et transformation du travail. In *Traité des sciences et des techniques de la formation* (pp. 143-159). Paris: Dunod.
- Farrelly, S., & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 449-460. doi:10.1111/hsc.12090
- Fasel Lauzon, V., Pekarek Doehler, S., & Pochon-Berger, E. (2009). Identification et observabilité de la compétence d'interaction: le désaccord comme microcosme actionnel. *Bulletin VALS-ASLA*, 89, 121-142.
- Favrod, J., & Nguyen, A. (2020). Le dévoilement de soi du clinicien. *Santé mentale*(249), 23-27.
- Fiehler, R. (1990). *Kommunikation und Emotion: theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Filliettaz, L. (2014). L'interaction langagière: un objet et une méthode d'analyse en formation d'adultes. In J. Friedrich & J. Pita Castro (Eds.), *Recherches en formation des adultes : un dialogue entre concepts et réalité* (pp. 127-162). Dijon: Editions Raisons et Passions.
- Filliettaz, L. (2015). Les ressources interactionnelles de la structuration des activités en contexte éducatif. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 101, 11-26.

- Filliettaz, L. (2017). L'invisible activité des tuteurs au prisme de l'analyse interactionnelle. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 129-139.
- Filliettaz, L. (2018a). *Interactions verbales et recherches en sciences de l'éducation: Principes, méthodes et outils d'analyse* (Carnets des sciences de l'éducation ed.). Genève: Université de Genève.
- Filliettaz, L. (2018b). Le rôle des usagers dans la formation aux métiers de services à l'aune des interactions tutorales. *Formation emploi*(1), 45-66.
- Filliettaz, L. (2019). La compétence interactionnelle: un instrument de développement pour penser la formation des adultes. *Éducation permanente*(220/221), 185-194.
- Filliettaz, L., & Billett, S. (2015). *Francophone Perspectives of Learning Through Work: Conceptions, Traditions and Practices* (Vol. 12). Cham: Springer International Publishing.
- Filliettaz, L., de Saint-Georges, I., & Duc, B. (2008). " Vos mains sont intelligentes!": *Interactions en formation professionnelle initiale. Université de Genève: Cahiers de la section des sciences de l'éducation*, 117.
- Filliettaz, L., & Lambert, P. (2019). La formation professionnelle, un point aveugle de la linguistique sociale? *Langage et société*, 3(168), 15-47. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-langage-et-societe-2019-3-page-15.htm>
- Filliettaz, L., & Remery, V. (2015). Transmettre le travail par les mises en formes langagières de l'activité. In R. Wittorski (Ed.), *La transmission du travail* (pp. 45-81). Nimes: Champs social Editions.
- Filliettaz, L., & Schubauer-Leoni, M.-L. (2008). *Processus interactionnels et situations éducatives*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Filliettaz, L., & Trébert, D. (2016). Coanalyse des interactions tutorales et communication en contexte de formation professionnelle des éducatrices de l'enfance: regards croisés sur la fonction de référente professionnelle. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*(18), 85-102. Retrieved from <https://journals.openedition.org/communiquer/2055>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17. doi:10.1037/a0025749
- Freud, S. (1912). *La dynamique du transfert*. Paris: PUF.
- Gale, C., & Schröder, T. (2014). Experiences of self-practice/self-reflection in cognitive behavioural therapy: A meta-synthesis of qualitative studies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(4), 373-392. doi:10.1111/papt.12026
- Garcia, S., & Filliettaz, L. (2020). Compétences interactionnelles et relations des éducateurs de l'enfance avec les parents : la formation comme ressource pour la recherche. *Phronesis*, 9(1).
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology* (Englewood Cliffs ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Gilbert, M., & Evans, K. (2000). *Psychotherapy supervision*: McGraw-Hill Education (UK).
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*: Harvard University Press.
- Goffman, E. (1978). Response cries. *language*, 787-815.
- Goffman, E. (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris: Minuit.

- Goodwin, C. (1995). Co-constructing meaning in conversations with an aphasia man. *Research on language and social interaction*, 28(3), 233-260.
- Goodwin, C. (2000a). Action and embodiment within situated human interaction. *Journal of pragmatics*, 32(10), 1489-1522.
- Goodwin, C. (2000b). *Pointing and the collaborative construction of meaning in aphasia*. Paper presented at the Texas Linguistic Forum, Austin.
- Goodwin, C. (2003a). Embedded context. *Research on language and social interaction*, 36(4), 323-350.
- Goodwin, C. (2003b). The semiotic body in its environment. *Discourses of the body*, 19-42.
- Goodwin, C. (2004). A competent speaker who can't speak: The social life of aphasia. *Journal of linguistic anthropology*, 14(2), 151-170.
- Goodwin, C. (2006). Interactive footing. In E. Holt & R. Clift (Eds.), *Reporting talk: Reported speech in interaction* (Vol. 24, pp. 16-46). Cambridge: Cambridge University Press.
- Goodwin, C. (2007). Participation, stance and affect in the organization of activities. *Discourse & Society*, 18(1), 53-73.
- Goodwin, C. (2018). *Co-operative action*. Los Angeles: Cambridge University Press.
- Goodwin, C., & Heritage, J. (1990). Conversation analysis. *Annual review of anthropology*, 19, 283-307.
- Goodwin, M. H., Cekaite, A., & Goodwin, C. (2012). Emotion as stance. *Emotion in interaction*, 16-41.
- Goodwin, M. H., & Goodwin, C. (1986). Gesture and coparticipation in the activity of searching for a word. *Semiotica*, 62(1-2), 51-76.
- Goodwin, M. H., & Goodwin, C. (2000). Emotion within situated activity. In N. Budwig, I. C. Uzgris, & J. V. Wertsch (Eds.), *Communication: An arena of development* (pp. 33-53). Malden, MA: Blackwell.
- Goodwin, M. H., Goodwin, C., & Yaeger-Dror, M. (2002). Multi-modality in girls' game disputes. *Journal of pragmatics*, 34(10), 1621-1649.
- Gosselin, L. (2014). Sémantique des jugements épistémiques: degré de croyance et prise en charge. *Langages*(1), 63-81.
- Gosselin, L. (2015). L'expression de l'opinion personnelle: " Je crois/pense/trouve/considère/estime que p. ». *L'information grammaticale*, 144, 34-40.
- Gradoux, X. (2017). *Les territoires épistémiques de l'interaction médicale: analyse de consultations de médecine générale en Suisse romande*. (Doctoral thesis). Université de Lausanne, Lausanne.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Grossen, M., & Mirza, N. M. (2020). Talking about cultural diversity at school: dialogical tensions and obstacles to secondarisation. *European Journal of Psychology of Education*, 35(2), 243-264.
- Gumperz, J. J. (1982). *Discourse strategies* (Vol. 1): Cambridge University Press.
- Gumperz, J. J., & Hymes, D. H. (1986). *Directions in sociolinguistics: The ethnography of communication*: Basil Blackwell Oxford.
- Harré, R. (1986). *The social construction of emotions*: Blackwell.

- Haynes, R., Corey, G., & Moulton, P. (2013). Clinical supervision in the helping professions: A practical guide. *Reflective Practice: Formation and Supervision in Ministry, 1*.
- Heinemann, T. (2006). 'Will you or can't you?': Displaying entitlement in interrogative requests. *Journal of pragmatics, 38*(7), 1081-1104.
doi:10.1016/j.pragma.2005.09.013
- Henderson, P. (2009). *Supervisor Training: Issues and Approaches: Guide to Supervision*. London: Karnac Books.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(3), 434.
- Heritage, J. (2007). Intersubjectivity and progressivity in references to persons (and places). In T. Stivers & N. J. Enfield (Eds.), *Person Reference in Interaction: Linguistic, Cultural and Social Perspectives*. (pp. 255-280). Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. (2012a). The Epistemic Engine: Sequence Organization and Territories of Knowledge. *Research on language and social interaction, 45*(1), 30-52.
doi:10.1080/08351813.2012.646685
- Heritage, J. (2012b). Epistemics in Action: Action Formation and Territories of Knowledge. *Research on language and social interaction, 45*(1), 1-29.
doi:10.1080/08351813.2012.646684
- Heritage, J. (2013). Action formation and its epistemic (and other) backgrounds. *Discourse Studies, 15*(5), 551-578. doi:10.1177/1461445613501449
- Heritage, J. (2018). The ubiquity of epistemics: A rebuttal to the 'epistemics of epistemics' group. *Discourse Studies, 20*(1), 14-56.
- Heritage, J., & Maynard, D. W. (2006). *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients* (Vol. 20): Cambridge University Press.
- Heritage, J., & Raymond, G. (2005). The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly, 68*(1), 15-38.
doi:10.1177/019027250506800103
- Heritage, J., & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. *Health Communication, 19*(2), 89-102.
- Hess, A. K., Hess, K. D., & Hess, T. H. (2008). *Psychotherapy supervision: Theory, research, and practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hilsenroth, M. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Slavin-Mulford, J. (2015). Structured supervision of graduate clinicians in psychodynamic psychotherapy: alliance and technique. *Journal of Counseling Psychology, 62*(2), 173-183. doi:10.1037/cou0000058
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of sociology, 85*(3), 551-575.
- Hochschild, A. R. (2012). *The managed heart: Commercialization of human feeling*: Univ of California Press.
- Holt, E. (1996). Reporting on talk: The use of direct reported speech in conversation. *Research on language and social interaction, 29*(3), 219-245.
- Holt, E. (2000). Reporting and reacting: Concurrent responses to reported speech. *Research on language and social interaction, 33*(4), 425-454.
- Holt, E., & Clift, R. (2006). *Reporting talk: Reported speech in interaction* (Vol. 24). Cambridge: Cambridge University Press.
- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 3-7. doi:10.1080/10503300512331339143

- Hudak, P. L., & Maynard, D. W. (2011). An interactional approach to conceptualising small talk in medical interactions. *Sociology of health & illness*, 33(4), 634-653.
- Ijas-Kallio, T., Ruusuvoori, J., & Peräkylä, A. (2010). Patient resistance towards diagnosis in primary care: Implications for concordance. *Health (London)*, 14(5), 505-522. doi:10.1177/1363459309360798
- Ijas-Kallio, T., Ruusuvoori, J. E., & Peräkylä, A. (2010). Patient involvement in problem presentation and diagnosis delivery in primary care. *Communication & medicine*, 7(2), 131-141. doi:10.1558/cam.v7i2.131
- Irvine, J. T. (1996). Shadow conversations: The indeterminacy of participant roles. *Natural histories of discourse*, 131-159. Retrieved from [https://books.google.ch/books?hl=fr&lr=&id=w7F1mU90T-AC&oi=fnd&pg=PA131&dq=Irvine,+J.+T.+\(1996\)+Shadow+conversations:+&ots=bwiHshEBOq&sig=B4db1Z1hJEGDyl1De2Alj6-96Co&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.ch/books?hl=fr&lr=&id=w7F1mU90T-AC&oi=fnd&pg=PA131&dq=Irvine,+J.+T.+(1996)+Shadow+conversations:+&ots=bwiHshEBOq&sig=B4db1Z1hJEGDyl1De2Alj6-96Co&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- ISFM. (2016). *Programme de formation postgraduée du 1er juillet 2009*. Berne: FMH Retrieved from <https://www.siwf.ch/fr/>
- ISFM. (2019). *Règlement de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM)*. Berne: FMH Retrieved from <https://www.siwf.ch/fr/>
- Jacquin, J. (2011). Orientation interactionnelle et multimodale vers l'activité de «débattre». Analyse d'un extrait de débat public. *Mots. Les langages du politique*(96), 45-62.
- Jacquin, J. (2015). S'opposer à autrui en situation de co-présence: la multimodalité de la désignation contre-argumentative. *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours*(39). Retrieved from <https://journals.openedition.org/semen/10467>
- Jakonen, T., & Morton, T. (2015). Epistemic search sequences in peer interaction in a content-based language classroom. *Applied Linguistics*, 36(1), 73-94.
- Jefferson, G. (1978). Sequential aspects of storytelling in conversation. In J. N. Schenkein (Ed.), *Studies in the organization of conversational interaction* (pp. 213-248). New York: Elsevier.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. Conversation analysis: studies from the first generation. G. Lerner. In G. H. Lerner (Ed.), *Conversation analysis: studies from the first generation*. (Vol. 125, pp. 13-31). Amsterdam: John Benjamins.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 339-346.
- Kärkkäinen, E., Keisanen, T., Rauniomaa, M., Niemelä, M., & Haddington, P. (2004). Interactional practices and linguistic resources of stance taking in spoken English. *PIC Bulletin*, 7, 45-48.
- Kaukoma, T., Peräkylä, A., & Ruusuvoori, J. (2013). Turn-opening smiles: Facial expression constructing emotional transition in conversation. *Journal of pragmatics*, 55, 21-42.
- Kaukoma, T., Peräkylä, A., & Ruusuvoori, J. (2015). How listeners use facial expression to shift the emotional stance of the speaker's utterance. *Research on language and social interaction*, 48(3), 319-341. Retrieved from <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08351813.2015.1058607>
- Kent, A. (2012). Compliance, resistance and incipient compliance when responding to directives. *Discourse Studies*, 14(6), 711-730.
- Kerbrat-Orecchioni, C., & Traverso, V. (2007). *Confidence/dévoilement de soi dans l'interaction* (Vol. 37). Tübingen: Walter de Gruyter.

- Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. (2007). AMEE Guide No.27: Effective educational and clinical supervision. *Medical teacher*, 29(1), 2-19. doi:10.1080/01421590701210907
- Kilminster, S., & Jolly, B. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Medical Education*, 34(10), 827-840. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11012933>
- Kim, Y. S., & Silver, R. E. (2016). Provoking reflective thinking in post observation conversations. *Journal of Teacher Education*, 67(3), 203-219.
- Kimerling, R. E., Zeiss, A. M., & Zeiss, R. A. (2000). Therapist emotional responses to patients: Building a learning-based language. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(3), 312-321. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1077722900800899>
- Kirsh, B., & Tate, E. (2006). Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qualitative health research*, 16(8), 1054-1074.
- Kivlighan, D. M., Hill, C. E., Gelso, C. J., & Baumann, E. (2016). Working alliance, real relationship, session quality, and client improvement in psychodynamic psychotherapy: A longitudinal actor partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology*, 63(2), 149-161. doi:10.1037/cou0000134
- Klewitz, G., & Couper-Kuhlen, E. (1999). Quote—unquote? The role of prosody in the contextualization of reported speech sequences. *Pragmatics. Quarterly Publication of the International Pragmatics Association (IPrA)*, 9(4), 459-485.
- Knox, S., Burkard, A. W., Edwards, L. M., Smith, J. J., & Schlosser, L. Z. (2008). Supervisors' reports of the effects of supervisor self-disclosure on supervisees. *Psychotherapy Research*, 18(5), 543-559.
- Kovarsky, D., Curran, M., & Nichols, N. Z. (2009). *Laughter and communicative engagement in interaction*. Paper presented at the Seminars in speech and language.
- Kress, G. (2009). *Multimodality: A social semiotic approach to contemporary communication*. Oxon UK: Routledge.
- Kunégel, P. (2005). L'apprentissage en entreprise : l'activité de médiation des tuteurs. *Education permanente* (165), 127-138.
- Kunégel, P. (2011). *Les maîtres d'apprentissage: analyse des pratiques tutorales en situation de travail*. Paris: Editions L'Harmattan.
- Lakin, J. L., & Chartrand, T. L. (2003). Using nonconscious behavioral mimicry to create affiliation and rapport. *Psychological science*, 14(4), 334-339.
- Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N., & Clifford, D. (2012). Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 496-504.
- Le Breton, D. (2004). La construction sociale de l'émotion. *Les nouvelles d'Archimède*(35), 4-5.
- Lee, S.-H., & Tanaka, H. (2016). Affiliation and alignment in responding actions. *Journal of pragmatics*, 100, 1-7.
- Leplat, J. (2015). *Repères pour l'analyse de l'activité en ergonomie*. Paris: PUF.
- Lindström, A., & Sorjonen, M. L. (2012). Affiliation in conversation. *The handbook of conversation analysis*, 250-369. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118325001.ch17>
- Lindwall, O., Lymer, G., & Ivarsson, J. (2016). Epistemic status and the recognizability of social actions. *Discourse Studies*, 18(5), 500-525.

- Local, J., & Walker, G. (2008). Stance and affect in conversation: On the interplay of sequential and phonetic resources. *Text & Talk-An Interdisciplinary Journal of Language, Discourse Communication Studies*, 28(6), 723-747.
- Lodewick, P., & Pirotton, G. (2007a). La supervision: espace de réflexivité et d'enjeux. In *Supervisions: analyses, témoignages et perspectives* (Les Politiques Sociales ed., Vol. n°1 et 2, pp. 4-14). Bruxelles: Fondation Universitaire de Belgique.
- Lodewick, P., & Pirotton, G. (2007b). *Supervisions: analyses, témoignages et perspectives* (Les Politiques Sociales ed. Vol. n°1 et 2). Bruxelles: Fondation Universitaire de Belgique.
- Looney, S. D., & He, Y. (2020). Laughter and smiling: sequential resources for managing delayed and disaligning responses. *Classroom Discourse*, 1-24.
- Lussi Borer, V., Durand, M., & Yvon, F. (2015). *Analyse du travail et formation dans les métiers de l'éducation*. Bruxelles: de Boeck Supérieur.
- Macbeth, D. H. (1991). Teacher authority as practical action. *Linguistics and Education*, 3(4), 281-313.
- Macdonald, J. (2002). Clinical supervision: a review of underlying concepts and developments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 92-98.
- Machado, P. P., Beutler, L. E., & Greenberg, L. S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 39-57.
- Majid, A. (2012). Current emotion research in the language sciences. *Emotion Review*, 4(4), 432-443.
- Marcel, J.-F., Olry, P., Rothier-Bautzer, E., & Sonntag, M. (2002). Les pratiques comme objet d'analyse. *Revue française de pédagogie*, 138(1), 135-170.
- Markaki, V., & Filliettaz, L. (2017). Shaping participation in vocational training interactions: the case of schisming. In S. Pekarek Doehler, A. Bangerter, G. De Weck, L. Filliettaz, E. Gonzalez-Martinez, & C. Petitjean (Eds.), *Interactional Competences in Institutional Settings: From School to the Workplace* (pp. 89-116). London: Palgrave Macmillan.
- Markaki, V., & Mondada, L. (2009). Gérer le temps et la participation pendant l'exposé: contributions de l'analyse séquentielle et multimodale à la formation et au conseil de managers. *Bulletin VALS-ASLA*, 90, 75-97.
- Markin, R. D., Kivlighan, D. M., Jr., Gelso, C. J., Hummel, A. M., & Spiegel, E. B. (2014). Clients' and therapists' real relationship and session quality in brief therapy: an actor partner interdependence analysis. *Psychotherapy (Chic)*, 51(3), 413-423.
doi:10.1037/a0036069
- Mayen, P. (2002). Le rôle des autres dans le développement de l'expérience: Apprendre des autres. *Éducation permanente*(151), 87-107.
- Mayen, P. (2012). Les situations professionnelles: un point de vue de didactique professionnelle. *Phronesis*, 1(1), 59-67.
- Mayen, P., & Gagneur, C.-A. (2017). Le potentiel d'apprentissage des situations: une perspective pour la conception de formations en situations de travail. *Recherches en éducation*, 28, 70-83.
- Mayen, P., Métral, J.-F., & Tourmen, C. (2010). Les situations de travail. *Recherche & formation*(2), 31-46.
- Mayes, P. (1990). Quotation in spoken English. *Studies in Language.*, 14(2), 325-363.
Retrieved from <https://www.jbe-platform.com/content/journals/10.1075/sl.14.2.04may>

- Maynard, D. W. (1991). Perspective-display series and the delivery and receipt of diagnostic news. In D. Boden & H. Zimmerman (Eds.), *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis* (pp. 164-192). Cambridge, UK: Polity Press.
- Maynard, D. W., & Clayman, S. E. (1991). The diversity of ethnomethodology. *Annual review of sociology*, 17(1), 385-418.
- Maynard, D. W., & Freese, J. (2012). Good News, Bad News, and Affect. In A. Peräkylä & M.-L. Sorjonen (Eds.), *Emotion in interaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39(4), 428-435. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x
- McCabe, R., Heath, C., Burns, T., & Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study. *British Medical Journal*, 325(7373), 1148-1151. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12433765>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC133454/pdf/1148.pdf>
- McCabe, R., Khanom, H., Bailey, P., & Priebe, S. (2013). Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 326-328. doi:10.1016/j.pec.2012.12.020
- McKinlay, A., & McVittie, C. (2006). Using topic control to avoid the gainsaying of troublesome evaluations. *Discourse Studies*, 8(6), 797-815.
- McNeill, B. W., & Worthen, V. (1989). The parallel process in psychotherapy supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 329.
- Merhan Rialland, F. (2007). Tensions identitaires et dynamiques d'engagement d'étudiants en formation en alternance : enjeux du rapport de stage. In J.-P. Astolfi & J. Houssaye (Eds.), *Savoirs et histoires. Deux colloques internationaux en éducation. Savoirs de l'éducation et pratiques de la formation*. Rouen. (pp. 225-231). Rouen: Presses Universitaires de Rouen.
- Merhan Rialland, F. (2012). *Le portfolio comme enjeu de développement professionnel*. Paper presented at the Didactique Professionnelle – Deuxième Colloque International Apprentissage et Développement professionnel, Nantes. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:72716>
- Mirza, N. M. (2016). Emotions, development and materiality at school: A cultural-historical approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 50(4), 634-654.
- Mirza, N. M., Gossen, M., de Diesbach-Dolder, S., & Nicollin, L. (2014). Transforming personal experience and emotions through secundarisation in education for cultural diversity: An interplay between unicity and genericity. *Learning, Culture and Social Interaction*, 3(4), 263-273.
- Mondada, L. (2003). Parler topical et organisation séquentielle: l'apport de l'analyse conversationnelle. *Verbum*(2), 193-219.
- Mondada, L. (2006a). Interactions en situations professionnelles et institutionnelles: de l'analyse détaillée aux retombées pratiques. *Revue française de linguistique appliquée*, 11(2), 5-16.
- Mondada, L. (2006b). La compétence comme dimension située et contingente, localement évaluée par les participants. *Bulletin VALS-ASLA*, 84, 83-119.
- Mondada, L. (2006c). Multiactivité, multimodalité et séquentialité: l'initiation de cours d'action parallèles en contexte scolaire. In V. D.-G. M.-C. Guernier, & J.-P. Sautot

- (Ed.), *Interactions verbales, didactiques et apprentissages* (pp. 45-72). Besançon: Presses Universitaires de Franche Comté.
- Mondada, L. (2006d). Participants' online analysis and multimodal practices: projecting the end of the turn and the closing of the sequence. *Discourse Studies*, 8(1), 117-129.
- Mondada, L. (2008a). Documenter l'articulation des ressources multimodales dans le temps: la transcription d'enregistrements vidéos d'interactions. In (Vol. 37, pp. 127-156). Perpignan: Presses Universitaires de Perpignan.
- Mondada, L. (2008b). Production du savoir et interactions multimodales. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2(2), 219-266.
- Mondada, L. (2010). Constitution et exploitation de corpus vidéo en linguistique interactionnelle: rendre disponibles les détails multimodaux de l'action située. *Cahiers de praxématique*(54-55), 327-350.
- Mondada, L. (2012). Organisation multimodale de la parole-en-interaction: pratiques incarnées d'introduction des référents. *Langue française*(3), 129-147.
- Mondada, L. (2013). Displaying, contesting and negotiating epistemic authority in social interaction: Descriptions and questions in guided visits. *Discourse Studies*, 15(5), 597-626.
- Mondada, L. (2016). Challenges of multimodality: Language and the body in social interaction. *Journal of Sociolinguistics*, 20(3), 336-366.
- Mondada, L., & Dubois, D. (2004). Temporalité, séquentialité et multimodalité au fondement de l'organisation de l'interaction: le pointage comme pratique de prise de tour. *Cahiers de linguistique française*, 26, 269-292.
- Mondada, L., & Pekarek Doehler, S. (2006). Compétences et pratiques sociales: discussions critiques. Introduction au numéro spécial. *Bulletin VALS-ASLA*, 84, 1-8.
- Mondada, L., & Traverso, V. (2005). (Dés) alignements en clôture. Une étude interactionnelle de corpus de français parlé en interaction. *Lidil. Revue de linguistique et de didactique des langues*(31), 35-59.
- Moral, M., & Lamy, F. (2015). *Les outils de la supervision*. Paris: InterEditions.
- Muntigl, P., Knight, N., & Watkins, A. D. (2012). Working to keep aligned in psychotherapy: Using nods as a dialogic resource to display affiliation. *Language and Dialogue*, 2(1), 9-27.
- Napel-Schutz, M. C., Abma, T. A., Bamelis, L. L., & Arntz, A. (2016). How to Train Experienced Therapists in a New Method: A Qualitative Study into Therapists' Views. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 24(2), 359-372.
- Nettle, D., & Dunbar, R. I. (1997). Social markers and the evolution of reciprocal exchange. *Current anthropology*, 38(1), 93-99.
- Nguyen, A., Frobert, L., & Favrod, J. (2020). L'analyse interactionnelle comme modalité pédagogique : l'exemple d'un dispositif pour la formation des infirmiers à la relation thérapeutique en psychiatrie. *Phronesis*, 9(2), 93-107.
- Nguyen, A., Frobert, L., Pellet, J., & Favrod, J. (2017). On était scotché de voir leurs capacités. *Santé mentale*, 221, 60-65.
- Nguyen, A., Frobert, L., Pellet, J., & favrod, J. (2020). Dévoilement de soi et empowerment. *Santé mentale*(249), 28-32.
- Nguyen, A., Frobert, L., Pellet, J., & Favrod, J. (Sous presse). La supervision à la compétence du développement de soi professionnel en psychiatrie : perspective interactionnelle sur un dispositif de formation et d'une recherche. In V. Rémy, F. Chrétien, & C.

- Chatigny (Eds.), *Apprentissage et transmission de l'expérience en situation de travail : dialogue entre formation d'adultes et ergonomie*. Rouen: Presses Universitaires de Rouen et du Havre.
- Nguyen, H. T. (2006). Constructing 'expertness': A novice pharmacist's development of interactional competence in patient consultations. *Communication and Medicine*, 3(2), 147-160.
- Nguyen, H. T. (2008). Sequence organization as local and longitudinal achievement. *Text & Talk*, 28(4), 501-528.
- Niemelä, M. (2005). Voiced direct reported speech in conversational storytelling: Sequential patterns of stance taking. *SKY Journal of Linguistics*, 18, 197-221.
- Niemelä, M. (2010). The reporting space in conversational storytelling: Orchestrating all semiotic channels for taking a stance. *Journal of pragmatics*, 42(12), 3258-3270.
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., . . . Hilsenroth, M. J. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605.
- Ochs, E. (1979). Transcription as Theory. In E. Ochs (Ed.), *Developmental Pragmatics* (pp. 43-72). New York: Academix Press.
- Olry, P., & Vidal-Gomel, C. (2011). Conception de formation professionnelle continue: tensions croisées et apports de l'ergonomie, de la didactique professionnelle et des pratiques d'ingénierie. *Activités*, 8(8-2).
- Pastré, P. (2007). Analyse du travail et formation. *Recherches en éducation, Apprentissage et développement: apprendre, se former et agir*(4), 23-28.
- Pastré, P. (2011). La didactique professionnelle. *Education Sciences & Society*, 2(1), 83-95.
- Paul, M. (2012). L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. *Recherche en soins infirmiers*, 110(3), 13-20.
- Pekarek Doehler, S., Bangerter, A., De Weck, G., Filliettaz, L., González-Martínez, E., & Petitjean, C. (2017). *Interactional competences in institutional settings: From school to the workplace*. Cham: Springer Nature.
- Pekarek Doehler, S., & Berger, E. (2018). L2 interactional competence as increased ability for context-sensitive conduct: A longitudinal study of story-openings. *Applied Linguistics*, 39(4), 555-578.
- Peräkylä, A. (1997). Conversation analysis: a new model of research in doctor patient communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(4), 205-208.
doi:10.1177/014107689709000406
- Peräkylä, A. (2002). Agency and authority: Extended responses to diagnostic statements in primary care encounters. *Research on language and social interaction*, 35(2), 219-247.
- Peräkylä, A. (2004). Making links in psychoanalytic interpretations: A conversation analytical perspective. *Psychotherapy Research*, 14(3), 289-307.
- Peräkylä, A. (2008). Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect and intersubjectivity. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.), *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 100-119). Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A. (2011). Validity in research on naturally occurring social interaction. In D. Silverman (Ed.), *Qualitative research* (pp. 365-382). London: Sage.

- Peräkylä, A., Henttonen, P., Voutilainen, L., Kahri, M., Stevanovic, M., Sams, M., & Ravaja, N. (2015). Sharing the emotional load: recipient affiliation calms down the storyteller. *Social Psychology Quarterly*, 78(4), 301-323.
- Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2006). Facial expression in an assessment. In H. Knoblauch, B. Schnettler, J. Raab, & S. Hans-Georg (Eds.), *Video analysis methodology and methods: qualitative audiovisual data analysis in sociology* (pp. 127-142). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2012). Facial expression and interactional regulation of emotion. In A. Peräkylä & M.-L. Sorjonen (Eds.), *Emotion in interaction* (pp. 64-91). Oxford: Oxford University Press.
- Peräkylä, A., Ruusuvuori, J., & Lindfors, P. (2007). What is patient participation? Reflections arising from the study of general practice, homeopathy and psychoanalysis. In S. Collins, N. Britten, J. Ruusuvuori, & A. Thompson (Eds.), *Patient participation in health care consultations: Qualitative perspectives* (pp. 121-142). Maidenhead Open University Press
- Peräkylä, A., & Sorjonen, M.-L. (2012). *Emotion in interaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Plantin, C., Doury, M., & Traverso, V. (2000). *Les émotions dans les interactions*. Lyon: Presses Universitaires Lyon.
- Pochon-Berger, E. (2010). *La compétence d'interaction en L2: gestion de la cohérence interactive par des apprenants du français* (Docteur ès Lettres). Université de Neuchâtel, Neuchâtel.
- Pochon-Berger, E. (2011). L'analyse conversationnelle comme approche " sociale" de l'acquisition des langues secondes: une illustration empirique. *Revue Tranel (Travaux neuchâtelois de linguistique)*, 53, 127-146.
- Pomerantz, A. (1984). Agreeing and disagreeing with assessments: Some features of preferred/dispreferred turn shaped. In J. H. Atkinson & J. Heritage (Eds.), *Structure of social action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Priebe, S., Dimic, S., Wildgrube, C., Jankovic, J., Cushing, A., & McCabe, R. (2011). Good communication in psychiatry--a conceptual review. *European Psychiatry*, 26(7), 403-407. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.07.010
- Priebe, S., & McCabe, R. (2008). Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself? *International Review of Psychiatry*, 20(6), 521-526.
- Prior, M. T., & Kasper, G. (2016). *Emotion in multilingual interaction* (Vol. 266). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Raymond, G. (2003). Grammar and social organization: Yes/no interrogatives and the structure of responding. *American sociological Review*, 68(6), 939-967.
- Raymond, G. (2018). Which epistemics? Whose conversation analysis? *Discourse Studies*, 20(1), 57-89.
- Raymond, G., & Heritage, J. (2006). The epistemics of social relations: Owing grandchildren. *Language in society*, 35(5), 677-705. doi:10.1017/s0047404506060325
- Reber, E. (2012). *Affectivity in interaction: Sound objects in English* (Vol. 215). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
- Rémery, V., & Durand, I. (2018). Interactions tutorales et opportunités d'apprentissages en situation de soin: le cas de la formation professionnelle des Techniciens en Radiologie Médicale. *Les dossiers des sciences de l'éducation*(39), 51-69. Retrieved from <https://journals.openedition.org/dse/2226>

- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(3), 294-314.
- Riess, H., & Fishel, A. K. (2000). The necessity of continuing education for psychotherapy supervisors. *Academic Psychiatry*, 24(3), 147-155.
- Riou, M. (2015). A methodology for the identification of topic transitions in interaction. *Discours. Revue de linguistique, psycholinguistique et informatique. A journal of linguistics, psycholinguistics and computational linguistics*(16), 3-28.
- Rivière, V., & Blanc, N. (2019). *Observer la multimodalité en situations éducatives. Circulations entre recherche et formation*. Lyon: ENS Éditions.
- Robinson, J. D., & Heritage, J. (2006). Physicians' opening questions and patients' satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 279-285.
- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The counseling psychologist*, 5(2), 2-10.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of career development*, 30(1), 5-44.
- Roux, P., Christophe, A., & Passerieux, C. (2010). The emotional paradox: dissociation between explicit and implicit processing of emotional prosody in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 48(12), 3642-3649. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2010.08.021
- Rouzel, J. (2015). *La supervision d'équipes en travail social-2e éd.* Paris: Dunod.
- Rubin, S. S. (1989). At the border of supervision: Critical moments in psychotherapists' development. *American Journal of Psychotherapy*, 43(3), 387-397.
- Ruusuvuori, J. (2005). "Empathy" and "sympathy" in action: Attending to patients' troubles in Finnish homeopathic and general practice consultations. *Social Psychology Quarterly*, 68(3), 204-222.
- Ruusuvuori, J. (2007). Managing affect: Integration of empathy and problem-solving in health care encounters. *Discourse Studies*, 9(5), 597-622.
- Ruusuvuori, J., & Lindfors, P. (2009). Complaining about previous treatment in health care settings. *Journal of pragmatics*, 41(12), 2415-2434.
- Ruusuvuori, J., & Peräkylä, A. (2009). Facial and verbal expressions in assessing stories and topics. *Research on language and social interaction*, 42(4), 377-394.
- Ruusuvuori, J., & Voutilainen, L. (2009). Comparing affiliating responses to troubles-tellings in different types of health care encounters. *Talk in Interaction: Comparative Dimensions. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura (SKS)*, 206-230.
- Sacks, H. (1974). An analysis of the course of a joke's telling in conversation. In R. Bauman & J. F. Sherzer (Eds.), *Explorations in the Ethnography of Speaking* (pp. 337--353). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sacks, H., & Schegloff, E. A. (1979). Two preferences in the organization of reference to persons in conversation and their interaction. In G. Psathas (Ed.), *Everyday language: Studies in ethnomethodology*. (pp. 15-21). New York: Irvington Publishers.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn taking for conversation. In *Studies in the organization of conversational interaction* (pp. 7-55). New York: Academic Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286.

- Savander, E. E., Weiste, E., Hintikka, J., Leiman, M., Valkeapaa, T., Heinonen, E. O., & Peräkylä, A. (2019). Offering patients opportunities to reveal their subjective experiences in psychiatric assessment interviews. *Patient Education and Counseling*, *102*(7), 1296-1303. doi:10.1016/j.pec.2019.02.021
- Scaife, J., & Inskipp, F. (2001). *Supervision in the mental health professions: A practitioner's guide*. Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Schegloff, E. A. (2006). Interaction: The infrastructure for social institutions, the natural ecological niche for language, and the arena in which culture is enacted. In S. C. Levinson & N. J. Enfield (Eds.), *Roots of human sociality: Culture, cognition and interaction* (pp. 70-96). London: Routledge.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis* (Vol. 1). UK: Cambridge University Press.
- Schegloff, E. A., & Sacks, H. (1973). Opening up closings. *Semiotica*, *8*(4), 289-327.
- Schulz, P., & Magistretti, P. (2012). *Psychiatrie et neurosciences*. Bruxelles: De Boeck.
- Searle, J. R. (1968). Austin on locutionary and illocutionary acts. *The philosophical review*, *77*(4), 405-424.
- Selting, M. (1994). Emphatic speech style: with special focus on the prosodic signalling of heightened emotive involvement in conversation. *Journal of pragmatics*, *22*(3-4), 375-408.
- Selting, M. (2010). Affectivity in conversational storytelling. *Pragmatics. Quarterly Publication of the International Pragmatics Association (IPrA)*, *20*(2), 229-277.
- Sert, O. (2013). 'Epistemic status check' as an interactional phenomenon in instructed learning settings. *Journal of pragmatics*, *45*(1), 13-28.
- Shafran, N., Kivlighan, D. M., Gelso, C. J., Bhatia, A., & Hill, C. E. (2016). Therapist immediacy: The association with working alliance, real relationship, session quality, and time in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 1-12. doi:10.1080/10503307.2016.1158884
- Sidnell, J. (2006). Coordinating gesture, talk, and gaze in reenactments. *Research on language and social interaction*, *39*(4), 377-409.
- Sidnell, J. (2012). "Who knows best?": Evidentiality and epistemic asymmetry in conversation. *Pragmatics and Society*, *3*(2), 294-320.
- Sidnell, J. (2013). Basic conversation analytic methods. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *The handbook of conversation analysis* (pp. 77-99). London: Blackwell Publishing Ltd.
- Sorjonen, M.-L., & Peräkylä, A. (2012). Introduction. In A. Peräkylä & M.-L. Sorjonen (Eds.), *Emotion in interaction* (pp. 3-15). Oxford: Oxford University Press.
- Steensig, J. (2012). Conversation analysis and affiliation and alignment. In C. A. Chapelle (Ed.), *The encyclopedia of applied linguistics* (pp. 1-6). London: Blackwell Publishing Ltd. .
- Steensig, J., & Drew, P. (2008). Introduction: Questioning and affiliation/disaffiliation in interaction. In. London: Sage Publications Sage UK.
- Sterponi, L. A. (2003). Account episodes in family discourse: The making of morality in everyday interaction. *Discourse Studies*, *5*(1), 79-100.
- Stevanovic, M. (2013a). Constructing a proposal as a thought: A way to manage problems in the initiation of joint decision-making in Finnish workplace interaction. *Pragmatics*, *23*(3), 519-544.
- Stevanovic, M. (2013b). *Deontic rights in interaction: a conversation analytic study on authority and cooperation*. University of Helsinki, Helsinki.

- Stevanovic, M. (2015). Displays of uncertainty and proximal deontic claims: The case of proposal sequences. *Journal of pragmatics*, 78, 84-97.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.pragma.2014.12.002>
- Stevanovic, M. (2018). Social deontics: A nano-level approach to human power play. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 48(3), 369-389.
- Stevanovic, M., & Peräkylä, A. (2012). Deontic Authority in Interaction: The Right to Announce, Propose, and Decide. *Research on language and social interaction*, 45(3), 297-321. doi:10.1080/08351813.2012.699260
- Stevanovic, M., & Peräkylä, A. (2014). Three orders in the organization of human action: On the interface between knowledge, power, and emotion in interaction and social relations. *Language in society*, 43(2), 185-207. doi:10.1017/s0047404514000037
- Stevanovic, M., & Peräkylä, A. (2015). Experience sharing, emotional reciprocity, and turn-taking. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.00450
- Stevanovic, M., & Svennevig, J. (2015). Introduction: Epistemics and deontics in conversational directives. *Journal of pragmatics*, 78, 1-6.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.pragma.2015.01.008>
- Stevanovic, M., Valkeapää, T., Weiste, E., & Lindholm, C. (2020). Joint decision making in a mental health rehabilitation community: the impact of support workers' proposal design on client responsiveness. *Counselling Psychology Quarterly*, 1-26.
doi:10.1080/09515070.2020.1762166
- Stevanovic, M., & Weiste, E. (2017). Conversation-analytic data session as a pedagogical institution. *Learning, Culture and Social Interaction*, 15, 1-17.
- Stivers, T. (2005). Modified repeats: One method for asserting primary rights from second position. *Research on language and social interaction*, 38(2), 131-158.
- Stivers, T. (2008). Stance, alignment, and affiliation during storytelling: When nodding is a token of affiliation. *Research on language and social interaction*, 41(1), 31-57.
- Stivers, T., & Hayashi, M. (2010). Transformative answers: One way to resist a question's constraints. *Language in society*, 39(1), 1-25. doi:10.1017/s0047404509990637
- Stivers, T., Heritage, J., Barnes, R. K., McCabe, R., Thompson, L., & Toerien, M. (2018). Treatment recommendations as actions. *Health Communication*, 33(11), 1335-1344.
- Stivers, T., Mondada, L., & Steensig, J. (2011a). Knowledge, morality and affiliation in social interaction. In T. Stivers, L. Mondada, & J. Steensig (Eds.), *The morality of knowledge in conversation* (Vol. 29, pp. 3-24). New York: Cambridge University Press.
- Stivers, T., Mondada, L., & Steensig, J. (2011b). *The morality of knowledge in conversation* (Vol. 29). New York: Cambridge University Press.
- Stivers, T., & Rossano, F. (2010). Mobilizing Response. *Research on language and social interaction*, 43(1), 3-31. doi:10.1080/08351810903471258
- Stivers, T., & Sidnell, J. (2005). Introduction: multimodal interaction. *Semiotica*, 2005(156), 1-20.
- Stivers, T., & Sidnell, J. (2016). Proposals for activity collaboration. *Research on language and social interaction*, 49(2), 148-166.
- Sugita, Y. (2012). Minimal affect uptake in a pre-climax position of conversational "scary" stories. *Journal of pragmatics*, 44(10), 1273-1289. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0378216612001385>
- Sundin, E. C., Ögren, M. L., & Boëthius, S. B. (2008). Supervisor trainees' and their supervisors' perceptions of attainment of knowledge and skills: An empirical

- evaluation of a psychotherapy supervisor training programme. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 381-396.
- Sutherland, O., Peräkylä, A., & Elliott, R. (2014). Conversation analysis of the two-chair self-soothing task in emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 24(6), 738-751.
- Svennevig, J., & Djordjilovic, O. (2015). Accounting for the right to assign a task in meeting interaction. *Journal of pragmatics*, 78, 98-111. doi:10.1016/j.pragma.2014.12.007
- Ten Have, P. (2007). *Doing conversation analysis*. London: Sage.
- Tourmen, C. (2014). Usages de la didactique professionnelle en formation: principes et évolutions. *Savoirs*(3), 9-40.
- Townsend, M. C. (2011). *Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. Philadelphia, PA: FA Davis Company.
- Tracy, K., & Robles, J. (2009). Questions, questioning, and institutional practices: an introduction. *Discourse Studies*, 11(2), 131-152.
- Traverso, V. (2000). Les émotions dans la confiance. In C. Plantin, M. Doury, & V. Traverso (Eds.), *Les émotions dans les interactions* (pp. 205-221). Lyon: presses Universitaires de Lyon.
- Traverso, V. (2008). Analyser un corpus de langue parlée en interaction: questions méthodologiques. *Verbum-Revue de Linguistique*, 30(4), 313.
- Traverso, V. (2016). *Décrire le français parlé en interaction*. Paris: Editions Ophrys.
- Trébert, D., & Filliettaz, L. (2017). L'analyse des interactions, une ressource pour l'activité du formateur-concepteur: le cas de la formation continue des tuteurs en éducation de l'enfance. *Les dossiers des sciences de l'éducation*(38), 29-48.
- Tynjälä, P. (2008). Perspectives into learning at the workplace. *Educational Research Review*, 3(2), 130-154.
- Unhjem, J. V., Vatne, S., & Hem, M. H. (2018). Transforming nurse–patient relationships—A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of clinical nursing*, 27(5-6), e798-e807.
- Vanhulle, S., Merhan Riialand, F., & Ronveaux, C. (2007). Introduction. Du principe d'alternance aux alternances en formation des adultes et des enseignants: un état de la question. In F. Merhan Riialand, C. Ronveaux, & S. Vanhulle (Eds.), *Alternances en formation* (pp. 4-45). Bruxelles: De Boeck.
- Vannotti, M. (2002). *L'empathie dans la relation médecin–patient* (Vol. 29). Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Vinatier, I., Laforest, M., & Filliettaz, L. (2018). L'analyse des interactions pour la formation professionnelle: sous quelles conditions? In *L'analyse des interactions dans le travail: outil de formation professionnelle et de recherche* (pp. 9-21). Dijon: Raison et Passions.
- Vion, R. (1995). La gestion pluridimensionnelle du dialogue. *Cahiers de linguistique française*, 17, 179-203.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Kivioja, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2014). Affective stance, ambivalence, and psychophysiological responses during conversational storytelling. *Journal of pragmatics*, 68, 1-24.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, Challenge, and Psychophysiological Activation in Therapist-Client Interaction. *Frontiers in Psychology*, 9, 530. doi:10.3389/fpsyg.2018.00530
- Voutilainen, L., & Peräkylä, A. (2016). Interactional practices of psychotherapy. In *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health* (pp. 540-557). Basingstoke: Springer.

- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2010a). Misalignment as a therapeutic resource. *Qualitative Research in Psychology*, 7(4), 299-315.
- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2010b). Recognition and Interpretation: Responding to Emotional Experience in Psychotherapy. *Research on language and social interaction*, 43(1), 85-107. doi:10.1080/08351810903474799
- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2011). Therapeutic change in interaction: Conversation analysis of a transforming sequence. *Psychotherapy Research*, 21(3), 348-365. doi:10.1080/10503307.2011.573509
- Voutilainen, L., Rossano, F., & Peräkylä, A. (2018). Conversation analysis and psychotherapeutic change. In *Longitudinal studies on the Organization of Social Interaction* (pp. 225-254). Basingstoke: Springer.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society. The Development of Higher Psychological Processes*. Boston: Harvard University Press.
- Wagener, A. (2008). *Le désaccord conversationnel: enjeux d'un processus interactionnel et applications interculturelles*. Thèse doctorale sous la direction de B. POTHIER, UCO, Angers,
- Watkins Jr, C. E. (1994). The supervision of psychotherapy supervisor trainees. *American Journal of Psychotherapy*, 48(3), 417.
- Watkins Jr, C. E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor*, 30(2), 235-256.
- Watkins Jr, C. E. (2012). Development of the psychotherapy supervisor: Review of and reflections on 30 years of theory and research. *American Journal of Psychotherapy*, 66(1), 45-83.
- Weiste, E. (2015a). Describing therapeutic projects across sequences: Balancing between supportive and disagreeing interventions. *Journal of pragmatics*, 80, 22-43.
- Weiste, E. (2015b). *Relational work in therapeutic interaction: A comparative conversation analytic study on psychoanalysis, cognitive psychotherapy and resource-centred counselling*. (Academic Dissertation). University of Helsinki, Helsinki.
- Weiste, E. (2016). Formulations in occupational therapy: Managing talk about psychiatric outpatients' emotional states. *Journal of pragmatics*, 105, 59-73.
- Weiste, E. (2017). Relational interaction in occupational therapy: Conversation analysis of positive feedback. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-11.
- Weiste, E., & Peräkylä, A. (2013). A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. *Research on language and social interaction*, 46(4), 299-321.
- Weiste, E., & Peräkylä, A. (2014). Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research*, 24(6), 687-701.
- Weiste, E., & Peräkylä, A. (2015). Therapeutic discourse. In K. Tracy, C. Ilie, & T. Sandel (Eds.), *The International Encyclopedia of Language and Social Interaction* (pp. 2-10). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Weiste, E., Voutilainen, L., & Peräkylä, A. (2016). Epistemic asymmetries in psychotherapy interaction: therapists' practices for displaying access to clients' inner experiences. *Sociology of Health and Illness*, 38(4), 645-661. doi:10.1111/1467-9566.12384
- Wheeler, S., & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65.

- Whitehead, K. A. (2011). Some uses of head nods in “third position” in talk-in-interaction. *Gesture*, 11(2), 103-122.
- Whitman, S. M., & Jacobs, E. G. (1998). Responsibilities of the psychotherapy supervisor. *American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 166-175. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9656053>
- Wilson, H., Davies, J. S., & Weatherhead, S. (2015). Trainee Therapists' Experiences of Supervision During Training: A Meta-synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- Wood, D., Bruner, J. S., & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problem solving. *Journal of child psychology and psychiatry*, 17(2), 89-100.
- Xiao, B., Imel, Z. E., Georgiou, P., Atkins, D. C., & Narayanan, S. S. (2016). Computational Analysis and Simulation of Empathic Behaviors: a Survey of Empathy Modeling with Behavioral Signal Processing Framework. *Current psychiatry reports*, 18(5), 1-11.
- Zemel, A., & Koschmann, T. (2014). ‘Put your fingers right in here’: Learnability and instructed experience. *Discourse Studies*, 16(2), 163-183.
- Zogmal, M. (2017). L’accomplissement interactionnel de l’autonomie. Entre savoirs disciplinaires et mobilisation dans les pratiques réelles des métiers de la prise en charge d’autrui. [The Interactional Accomplishment of Autonomy]. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 11, 1(1), 45-63. doi:10.3917/rac.034.0045
- Zogmal, M. (2020). Apprendre dans des interactions avec de multiples participants: la formation pratique des éducatrices et éducateurs de l’enfance. *Activités*(17-1).
- Zogmal, M., Losa, S., & Filliettaz, L. (2013). Le travail de structuration des activités menées auprès des enfants. *Revue Petite Enfance*, 112, 92-111.

TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1: NORMATIVE KNOWLEDGE ASYMMETRY FOR "TELLING" AND "ASKING"	27
TABLEAU 2 - DIMENSIONS OF KNOWLEDGE IN CONVERSATION (STIVERS, T., MONDADA, L, & STEENSIG, J.,2011)	29
TABLEAU 3 : FORMATION DES THERAPEUTES A LA PSYCHIATRIE ET LA PSYCHOTHERAPIE EN SUISSE	49
TABLEAU 4 : DONNEES PRIMAIRES ET SECONDAIRES	55
TABLEAU 5 : CRITERES DE SELECTION DES SEQUENCES DE LA COLLECTION	58
TABLEAU 6 : COLLECTION DU TRAVAIL SUR LA RELATION THERAPEUTIQUE (WRT)	59
TABLEAU 7 : CONVENTIONS DE TRANSCRIPTION	61
TABLEAU 8: COLLECTION DE SEQUENCES DE TRAVAIL SUR LA RELATION THERAPEUTIQUE (WRT)	108
TABLEAU 9: OCCURRENCES DES DISCOURS SIMULES	126
TABLEAU 10: ORIENTATION TEMPORELLE DES DISCOURS SIMULES	127
TABLEAU 11: TOPICS CENTRAUX DES DISCOURS RAPPORTES ANALYSES	155
TABLEAU 12: RESSOURCES LEXICALES DES TOPICS "EMOTIONS" ET "RELATION THERAPEUTIQUE"	157
TABLEAU 13: PARTAGES D'EXPERIENCES DES SUPERVISEURS	275
TABLEAU 14 : RAPPORTS DE PLACE SELON LES TROIS ORDRES- PROPOSITION	303
FIGURE 1: SUPERVISION-SUIVI LONGITUDINAL	78
FIGURE 2: SUPERVISION- PRESENTATION UNIQUE ET QUESTION CLINIQUE SPECIFIQUE	79
FIGURE 3: SUPERVISION-REVUE DE CAS MULTIPLES.....	82
FIGURE 4: TRAVAIL SUR LA RELATION THERAPEUTIQUE FOCALISE	109
FIGURE 5: TRAVAIL SUR LA RELATION THERAPEUTIQUE EMBOITE.....	115
FIGURE 6: TYPES DE DISCOURS	121
FIGURE 7: DISCOURS SIMULES DES THERAPEUTES	126
FIGURE 8: DISCOURS SIMULES DES SUPERVISEURS	127
FIGURE 9: DISCOURS RAPPORTES VERSUS PROJETES	128
FIGURE 10: EMBOITEMENT DES CADRES INTERACTIONNELS	129
FIGURE 11: EMBOITEMENT DU CADRE INTERACTIONNEL CLINIQUE	130
FIGURE 12: EMBOITEMENT DU CADRE INTERACTIONNEL PRIVE.....	137
FIGURE 13: EMBOITEMENT DU CADRE INTERACTIONNEL DE LA SUPERVISION.....	139
FIGURE 14: DYNAMIQUE DE L'IMPLICATION AFFECTIVE DE TF3A	166
FIGURE 15: DYNAMIQUE DE L'IMPLICATION AFFECTIVE DE TE4A	171
FIGURE 16: DYNAMIQUE DE L'IMPLICATION AFFECTIVE DE TB5A.....	176
FIGURE 17: DYNAMIQUE DE L'IMPLICATION AFFECTIVE TA3A	185
FIGURE 18: ACCOMPLISSEMENT AFFILIATIF TA3A	186
FIGURE 19: REPONSES DES SUPERVISEURS AUX RECITS IMPLIQUES DES THERAPEUTES	205
FIGURE 20: TRAJECTOIRES DE L'AFFECTIVITE DANS LA SUPERVISION.....	237
FIGURE 21: RAPPORTS DE PLACE EPISTEMIQUES INSTITUES ET RATIFIES	243
FIGURE 22: RAPPORTS DE PLACE BASES SUR LES TERRITOIRES EPISTEMIQUES DU THERAPEUTE	245
FIGURE 23: RAPPORTS DE PLACE DEONTIQUES DE LA SUPERVISION.....	253
FIGURE 24: SYMETRISATION DU RAPPORT DEONTIQUE	257
FIGURE 25: POSITIONS RELATIVES AUX STATUTS EMOTIONNELS DE LA SUPERVISION.....	262
FIGURE 26: ARGUMENTER POUR INFLUER SUR LA DECISION.....	274
FIGURE 27: PRODUIRE UN RECIT IMPLIQUE POUR INFLUER SUR LA DECISION	274
FIGURE 28: RAPPORT DEONTIQUE BASE SUR LE STATUT ET LA DIRECTIVE	274
FIGURE 29: ATTENUATION DE L'ASYMETRIE DEONTIQUE	274
FIGURE 30 : TEMPORALITE DE LA SITUATION DE REFERENCE.....	275
FIGURE 31 : CONTEXTES DE REFERENCE AU PEX	276
FIGURE 32 : LES CONTENUS DE PEX DU SUPERVISEUR	276
FIGURE 33 : DYNAMIQUE DES POSITIONNEMENTS DEONTIQUES	284
FIGURE 34 : DYNAMIQUE DES POSITIONNEMENTS EPISTEMIQUES	285
FIGURE 35 : POSITIONNEMENTS DEONTIQUES ET EPISTEMIQUES LORS D'UN PEX.....	286
FIGURE 36 : DYNAMIQUE DES PLACES DANS L'ORDRE EMOTIONNEL LORS D'UN PEX.....	289
FIGURE 37 : RAPPORTS DE PLACE SUR LES TROIS ORDRES INTERACTIONNELS LORS D'UN PEX DU SUPERVISEUR.....	290
FIGURE 38 : POSITIONS DEONTIQUES ET EPISTEMIQUES DU SUPERVISEUR.....	291
FIGURE 39 : POSITIONS DEONTIQUES ET EPISTEMIQUES DE LA THERAPEUTE	291



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

Section des Sciences de l'éducation

Sous la direction de Laurent Filliettaaz

**La supervision à la relation thérapeutique en psychiatrie :
perspective interactionnelle des rapports de place et des trajectoires
de l'affectivité**

ANNEXES

De la thèse présentée à la
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
De l'Université de Genève
Pour obtenir le grade de docteur en Sciences de l'éducation

Par
Alexandra NGUYEN
de Beckenried (NW)

Thèse n° 767

GENEVE
30 novembre 2020

N° d'étudiant : 92.308.485

Membres du jury :

FILLIETTAZ Laurent, directeur, FPSE, Université de Genève
BERGER Evelyne, La Source, Institut et Haute École de la Santé, Lausanne
MARION-VEYRON Régis, Unité de psychiatrie de liaison – CMG-PMU, Lausanne
MERHAN France, FPSE, Université de Genève
MULLER MIRZA Nathalie, FPSE, Université de Genève

Liste des annexes

Les annexes présentées dans ce document renvoient au chapitre 4 de la version intégrale du manuscrit.

Annexe 1	: Formes de supervision_codes	1
Annexe 2	: Formes de supervision_données	2
Annexe 3	: Collection de séquences	3
Annexe 4	: Analyse topicale	4
Annexe 5	: Pensées et discours rapportés	11
Annexe 6	: Discours rapportés_Extrait de l'analyse quantitative des données	12
Annexe 7	: Implication et discours emphatique	13
Annexe 8	: Affiliation	15
Annexe 9	: Formulations des superviseurs et trajectoires de l'affectivité_codes.....	19
Annexe 10	: Formulations des superviseurs et trajectoires de l'affectivité_Extrait	20
Annexe 11	: PEX_Extrait du traitement des données	22
Annexe 12	: Positionnements_codes	23
Annexe 13	: Positionnements déontiques_PEX	24
Annexe 14	: Positionnements affectifs_PEX	25

Code séance	Activité	Chrono ouverture	Ouverture	Chrono fermeture	Fermeture	Thématiques et actes de langages (sens commun)
Tandem A/B/C/D/E/F Séance 1/2/3/4/5/6 TA1;TA2;TB1;TC4	RENS ; rendre intelligibles les événements auxquels S n'a pas assisté; donner de nouvelles informations encore inconnues de S	HH:MM:SS	énoncé(s) de bascule d'une activité à une autre; énoncé qui ouvre l'activité X; énoncé produit par S ou T; noter la verbatim	HH:MM:SS	énoncé(s) de bascule d'une activité à une autre; énoncé qui ferme/cloture l'activité X; énoncé produit par S ou T; noter la verbatim	Spécification des actes de langage pour chaque interagant ex: S question requête d'information;backchannel T assertion (description du monde connu); DRS
	OUV ; ouverture de la séance					
	CLOT ; clôture de la séance					
	TRANS transition de situation présentée et organisation de la séance					
	PROB ; définir le problème clinique de P ou le problème thérapeutique de T dans sa relation à P					
	HYP -P ; élaborer une hypothèse pour définir le problème clinique du patient P					
	HYP - T ; élaborer une hypothèse pour définir le problème relationnel de T avec P					
	DEM formulation d'une demande explicite d'aide, d'explications etc.					
	ENS ; enseigner, transmettre des connaissances théoriques ou techniques					
	PEX ; partager ses expériences personnelles ou professionnelles					
	SUIT ; définition des perspectives d'actions à mener par T					
	 EVAL évaluation de l'action professionnelle, menée par T ou autre					
	INTERR interruption du cours de la supervision pour des raisons externes (ex tél)					
	ORG organisation du travail institutionnel					
	DIV sujet sans lien explicite/apprent avec une situation clinique					

Code séance	Activité	Chrono ouverture	Ouverture	Chrono fermeture	Fermeture	Thématiques et actes de langage
TB1	RENS	00:09:16	T = fin l'idée c'était de l'amener à faire cet entretien de famille S ouai ouai	00:11:39	T donc il est censé demander: à [ses parents] si: donc pour MOI qui () a besoin d'un soutien/ qui ne peut pas faire le suivi toute SEULE on pourrait donc envisager un suivi de famille en privé/ (.) S j'hh j'ai pas compris ()	TDRS 10:41 alors je lui ai dit bien voilà je dois encore voir qui c'est ; informe des démarches menées dans le cadre du suivi thérapeutique; DRS 11:20 S valide la réception des infos et encourage par "ouais" mais oui", reformule; interromp T par une formulation d'incompréhension pour prendre la parole et énoncer une assertion évaluative dans la prochaine séquence S valorise une action thérapeutique de T; ouais c'est bien
TB1	EVAL	00:11:55	S t'as réussi à lui faire passer le message/ (que TOI t'as besoin de la famille <(hoche la tête)> c'est bien ça euh xxx T je sais pas je sais pas comment ça va sortir mais oui oui il est assez fin et il comprend très bien les enjeux: de : comme ça relationnel de	00:13:43	TS c'est bien T encore faut-il qu'il le fasse et pour l'instant: il euh: en tous cas S donc ça c'était la deuxième séance/ la première/	T explicite et décrit les raisons et les formulations précises effectuées auprès de T; DRS 13:10 longue DRS T et P + S complète
TB1	RENS	00:13:47	T (lit ses notes dans le cahier) donc ça c'était début avri:il et puis [...]	00:14:56	T alors ce qui l'inquiète c'est que X et Y ses parents soient: soient: euh isolés S hm T ça l'inquiète voilà () il trouve qu'ils ont pas : ce qui l'inquiète c'est qu'ils aient pas assez d'amis et des choses comme ça:	T liste les évènements et les faits pour P S reformule
TB1	HYP P	00:15:10	S mais de nouveau: ça revient() parce qu'il a eu dit ça il y a 5 6 mois: ou: je me souviens plus mais il y a eu ce récit -shhh> de EUX seuls	00:16:19	T donc c'était cet isolement qui l'inquiétait xxx () (lit dans son cahier) donc voilà mais bon tout ça en allant globalement bien/	S commentaire assertif, proposant par la formulation "je ne sais plus:" à T de renseigner et compléter sur le fonctionnement de P T renseigne sur le fonctionnement de P dans sa relation au parents
TB1	RENS	00:16:27	T après on a eu de la peine à trouver	00:17:32	T bon () en gros ça avait l'air d'aller / donc apr=- S =mais lui il était content/ T oui j'entendais dans sa voix qu'il était content S d'accord T oui il était content ce qui fait que:	T explique les rdv manqués, factuels, rencontre avec une fille, prépa exams S peu d'intervention verbal, encouragement non verbal pour l'explicitation
TB1	PEX	00:17:34	T après je suis parti à mon congrès/ pis (hh) il y a tous ces: il y a beaucoup de sessions sur eux: bien tout ce qui est sur les rechutes fin troubles bipolaires etc évidemment/ et il y a eu un moment où j'étais dans une session et où il parlait [...]	00:18:35	J'étais embêtée de ne pas être physiquement là pour pouvoir le soutenir dans cette période <ouais> stressante alors je lui ai dit ça comme ça () et pis après j'ai eu un petit mail: et il m'avait dit: spontanément je vous enverrai un mail après l'examen pour vous dire comment ça a été/ ce qu'il a fait effectivement dimanche je crois: (.)	T je me suis dit ; rires ++; DRS 18:15; 18:47; DRS
TB1	HYP P	00:18:42	S mais il a pu: se préparer moi je suis impressionnée hein parce que il y quand même de l'abilify en réserve T hm S il a un dépôt/ T il a 150	00:20:36	T en tous cas c'est ce qu'il avait l'air de dire/	échanges sur le traitement médicamenteux de P et les effets sur la concentration et l'impact de ce ttt avec les études
TB1	RENS	00:20:37	T au final donc P m'a envoyé un mail dimanche	00:21:05	T bon on va voir ce que ça va donner/ [...] mais euh: bon voilà ()	DRS T 20:45 organisation des rdv
TB1	HYP P	00:21:15	T en tout cas si déjà- alors c'est sur que pour MOI () si déjà on passe cette période de stress d'exams et tout ça: sans décompensation: et bah c'est déjà super: <hm> après c'est sur que pour LUI ce serait encore mieux si il réussit ses exams mais ça je suis pas vraiment sûr que ça va marcher mais: <hmm> (0:3) S est-ce qu'il y a: (0:2) je sais pas pour quoi mais j'ai toujours une réserve de combien LUI il pourrait étudier	00:22:50	S mais c'est quand même bien qu'il ait quand même pu euh: tu vois/ aller jusque là tu vois/ aller aux exams: fait les exams: T oui () oui faudra que je renforce ça euh:	S questionne les capacités cognitives de P et demande l'avis de T; T raisonne avec S, élaboration d'hypothèses conjointes, évaluations conjointes

Annexe 3 : Collection de séquences

Tandem	Début	Fin	Thème : émotions dans la relation T-P	Thème : relation thérapeutique	Marqueurs de séquence	Marqueur discursif à la personne	Autres (emphase, marqueurs paraverbaux ou comportementaux)	Toati
TA1a	00:02:00	00:10:00	T a été [il faut qu'on prenne le temps de discuter d'elle -> en désaccord avec la consigne de transférer la patiente; S se dit désolée car j'ai toujours la main à elle T bon mais ça a été un peu difficile	T a été [il faut qu'on prenne le temps de discuter d'elle -> en désaccord avec la consigne de transférer la patiente; S se dit désolée car j'ai toujours la main à elle T bon mais ça a été un peu difficile	T a été [il faut qu'on prenne le temps de discuter d'elle -> en désaccord avec la consigne de transférer la patiente; S se dit désolée car j'ai toujours la main à elle T bon mais ça a été un peu difficile	T a été [il faut qu'on prenne le temps de discuter d'elle -> en désaccord avec la consigne de transférer la patiente; S se dit désolée car j'ai toujours la main à elle T bon mais ça a été un peu difficile	mes gémés ++	00:08:00
TA1b	00:14:00	00:41:40	T me sentais dans la bulle ça va tout compatible, terriblement incompréhension j'ai mis peur, je suis perdue (+4), elle m'a regardé (+4), sentiment d'humilité, ça me met sous pression et ça me stresse S formulation du contenu émotionnel de T est ce que ça va rassurer? logique là au sentiments, termes émotions, touchés, cordils, peuz ennui S s'avance elle t'a pas peur	T me sentais dans la bulle ça va tout compatible, terriblement incompréhension j'ai mis peur, je suis perdue (+4), elle m'a regardé (+4), sentiment d'humilité, ça me met sous pression et ça me stresse S formulation du contenu émotionnel de T est ce que ça va rassurer? logique là au sentiments, termes émotions, touchés, cordils, peuz ennui S s'avance elle t'a pas peur	T me sentais dans la bulle ça va tout compatible, terriblement incompréhension j'ai mis peur, je suis perdue (+4), elle m'a regardé (+4), sentiment d'humilité, ça me met sous pression et ça me stresse S formulation du contenu émotionnel de T est ce que ça va rassurer? logique là au sentiments, termes émotions, touchés, cordils, peuz ennui S s'avance elle t'a pas peur	T me sentais dans la bulle ça va tout compatible, terriblement incompréhension j'ai mis peur, je suis perdue (+4), elle m'a regardé (+4), sentiment d'humilité, ça me met sous pression et ça me stresse S formulation du contenu émotionnel de T est ce que ça va rassurer? logique là au sentiments, termes émotions, touchés, cordils, peuz ennui S s'avance elle t'a pas peur	Marques avant dépenses, signes d'hésitations, posture physique de réflexion sur soi	00:27:40
TA1c	00:42:34	00:52:30	S s'avance elle t'a pas peur	S s'avance elle t'a pas peur	S s'avance elle t'a pas peur	S s'avance elle t'a pas peur	Vois, je lui rentre, me mettre à distance...	00:09:56
TA1X	00:27:10	00:31:52	T depuis que elle est moins déprimée c'est moins lourd, y a des séances où ça a pu être agréable, y a des séances où elle m'agace profondément	T depuis que elle est moins déprimée c'est moins lourd, y a des séances où ça a pu être agréable, y a des séances où elle m'agace profondément	T depuis que elle est moins déprimée c'est moins lourd, y a des séances où ça a pu être agréable, y a des séances où elle m'agace profondément	T depuis que elle est moins déprimée c'est moins lourd, y a des séances où ça a pu être agréable, y a des séances où elle m'agace profondément	elle m'agace	00:45:38
TA2a	00:42:50	00:46:09					me rejeter	00:06:19
TA2b	00:00:23	00:06:35	T je m'assois ça S moi aussi j'ai eu ce sentiment là déjà	T je m'assois ça S moi aussi j'ai eu ce sentiment là déjà	T je m'assois ça S moi aussi j'ai eu ce sentiment là déjà	T je m'assois ça S moi aussi j'ai eu ce sentiment là déjà	la difficulté que j'ai avec lui	00:18:43
TA3a	00:37:00	00:41:00	T des fois un peu agacés S intentions thématiques "défenses"	T des fois un peu agacés S intentions thématiques "défenses"	T des fois un peu agacés S intentions thématiques "défenses"	T des fois un peu agacés S intentions thématiques "défenses"	en moi	00:04:00
TA4a	00:00:26	00:06:55	T ça me rassure, c'est frustrant, je suis frustrée S ça veut dire un peu à supporter cette frustration? T elle était en colère	T ça me rassure, c'est frustrant, je suis frustrée S ça veut dire un peu à supporter cette frustration? T elle était en colère	T ça me rassure, c'est frustrant, je suis frustrée S ça veut dire un peu à supporter cette frustration? T elle était en colère	T ça me rassure, c'est frustrant, je suis frustrée S ça veut dire un peu à supporter cette frustration? T elle était en colère	secoue la tête, sourire de dépit	00:06:29
TA4b	00:06:57	00:13:45	S comment tu te sens dans cette situation? T mais là aussi je suis frustrée, ça peut agacer mais j'ai la moue à assé touchante	S comment tu te sens dans cette situation? T mais là aussi je suis frustrée, ça peut agacer mais j'ai la moue à assé touchante	S comment tu te sens dans cette situation? T mais là aussi je suis frustrée, ça peut agacer mais j'ai la moue à assé touchante	S comment tu te sens dans cette situation? T mais là aussi je suis frustrée, ça peut agacer mais j'ai la moue à assé touchante	les yeux à être	00:08:48
TA4c	00:17:35	00:35:06	T mais là aussi je suis frustrée, ça peut agacer mais j'ai la moue à assé touchante	T mais là aussi je suis frustrée, ça peut agacer mais j'ai la moue à assé touchante	T mais là aussi je suis frustrée, ça peut agacer mais j'ai la moue à assé touchante	T mais là aussi je suis frustrée, ça peut agacer mais j'ai la moue à assé touchante	je senti	00:17:31
TA4d	00:39:00	00:43:03					je suis frustrée	00:04:03
TA6a	00:30:08	00:33:01	S tu es sentis pas de la haine, T j'imagine moi à la coeur	S tu es sentis pas de la haine, T j'imagine moi à la coeur	S tu es sentis pas de la haine, T j'imagine moi à la coeur	S tu es sentis pas de la haine, T j'imagine moi à la coeur	moi, j'imagine moi à la coeur	00:36:53
TA5b	00:20:20	00:41:39	T j'ai de la peine à voir avec elle; je suis embêter; je suis perdue	T j'ai de la peine à voir avec elle; je suis embêter; je suis perdue	T j'ai de la peine à voir avec elle; je suis embêter; je suis perdue	T j'ai de la peine à voir avec elle; je suis embêter; je suis perdue	je me suis faite	00:20:59
TA5c	00:42:06	00:48:48	S comment tu te sens? T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	S comment tu te sens? T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	S comment tu te sens? T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	S comment tu te sens? T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	je me suis faite	00:06:42
TA6a	00:00:10	00:16:30					T sourires, fines	00:30:34
TA6b	00:05:35	00:06:20					moi, je suis, mes propres réflexions, ça me renvoie; mes parents à moi	00:00:45
TA6c	00:02:32	00:07:32	T j'ai presque peur d'en faire trop	T j'ai presque peur d'en faire trop	T j'ai presque peur d'en faire trop	T j'ai presque peur d'en faire trop	mes gémés	00:05:00
TA2b	00:50:05	01:00:23	T je me dis il faut que j'arrive à m'apaiser sur les lunettes. S ça veut dire que se rassurer sur les lunettes si tu baisses la garde par rapport à quoi T ce qui est choquée	T je me dis il faut que j'arrive à m'apaiser sur les lunettes. S ça veut dire que se rassurer sur les lunettes si tu baisses la garde par rapport à quoi T ce qui est choquée	T je me dis il faut que j'arrive à m'apaiser sur les lunettes. S ça veut dire que se rassurer sur les lunettes si tu baisses la garde par rapport à quoi T ce qui est choquée	T je me dis il faut que j'arrive à m'apaiser sur les lunettes. S ça veut dire que se rassurer sur les lunettes si tu baisses la garde par rapport à quoi T ce qui est choquée	moi j'envis; moi et lui	00:10:18
TA2c	00:08:00	00:12:35	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	agitation gestuelle, roulement en miroir et déplacements multiples	00:15:18
TA3b	00:26:25	00:32:55	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	je pense	00:04:55
TA3c	00:21:34	00:31:47	T c'est très émotionnel	T c'est très émotionnel	T c'est très émotionnel	T c'est très émotionnel	je l'ai fait	00:06:30
TA4a	00:39:45	00:43:30	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	je, moi	00:10:13
TA4b	00:45:55	00:51:10	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	je suis, on dit	00:05:45
TA4c	00:45:55	00:51:10	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	je, on	00:05:13
TA4d	00:45:55	00:51:10	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	T j'ai une impression bizarre, description d'émotions : frustrée, agacée, impuissante, elle me désespère	je, on	00:05:13

Tandem	Début	Fin	Thème: émotion dans la relation - P	Thème: relation thérapeutique	Marqueurs de séduction	Marqueur discursif à la personne	Autres (emphase, marqueurs paraverbaux ou comportementaux)	Toati
TB5a	00:16:24	00:20:54	S tu te sens en train de mourir en fait ? (1) Je me rappelle m'écouter de la dynamique c'est à dire ce qu'on sent chim tout à fait et et et et... S on est redoublé ? (2) Il y a des moments où on se sent en train de mourir... à partir de dire les gens attendent il attendent des réponses S quand on commence à avoir des réponses à donner... à donner... à donner... à donner... à donner... à donner... à donner... T il y a des moments où on se sent en train de mourir... à partir de dire les gens attendent il attendent des réponses T pas juste faire le patient, protection	Thème: relation thérapeutique	Thème: relation thérapeutique	on, nous, moi, moi (+), je		00:04:30
TB6	00:12:00	00:13:00	T j'achète avec moi... c'était effrayant, j'ai été touchée, suspicieuse			avec moi	agitation générale et information montante, accentuation plus forte de mots comme ELLI, PROVOQUEE	00:09:45
TB7	00:12:00	00:13:00	T j'ai pas senti de la rage... S sentiment de non existence			moi, face à face,		00:07:00
TB8	00:22:00	00:23:08	T je n'ai pas senti de la rage... S sentiment de non existence					00:17:05
TB9	00:30:18	00:39:27	l'émouvement			je	la bouteille; comment tu transmets ça (la bouteille)	00:05:08
TB10	00:16:35	00:22:22	T j'ai de la peine c'est d'accepter que les gens ne sont pas aussi compléments que ce que je veux bien les voir			J'ai de la peine		00:09:09
TB11	00:25:13	00:26:40	S la famille et ce que tu retrans aisé d'un sentiment d'impuissance				accélération de la parole et chevauchements ++	00:01:27
TB12	00:12:43	00:27:39	lequel: ennui S cette dame qui réveille la ve chez toi, elle te touche; ça résonne en toi			je vais commencer par les résomances; "je", "moi", "nous"		00:07:14
TB13	00:05:22	00:17:47	lequel: doute, méfiance, confiance (je sais pas si je peux la croire; t'as pas confiance? Le verrou de la confiance est important pour toi), vétille, sentiments éprouvés (ça me tue; tu te sens trahi?; comment vive avec ce sentiment là? Agacé; sensation d'infort; prendre un miroir dans la tête					00:14:56
TB14	00:07:15	00:13:12	S est ce que c'est la question de l'engagement ou la peur de la perte de contrôle? C'est un élément central avec ça pathologie, parler d'autre chose que le poids pour rentrer le lien > oblige les perspectives théoriques; dans le suivi une TCA, c'est comme ça que j'essaie de faire si j'ai une patiente et c'est ça parce que ça déstabilise, argumentation ou réduction de l'asymétrie (pédagogie) (17:00) enseignement c'est dans un échange avec l'autre c'est comme ça que ça se passe S combats sans fin autour de la nourriture et finalement ça va dans l'autre sens; ça nous agresse et on finit par agresse ces gens; c'est un danger qui faut vraiment éviter; c'est un cercle vicieux qui faut absolument éviter					00:22:25
TB15	00:21:30	00:31:10	T demande explicite: "est-ce que je lui rends service" S en tant que thérapeute ones toujours habile multivoquement par un sentiment de toute puissance					00:09:40
TB16	00:07:20	00:15:34	T doute: on se dit c'est moi, qu'est ce que j'ai fait/pas fait; vécu émotionnel de 7 % P			moi ++ lui ++		00:10:43
TB17	00:17:50	00:21:40	T on est pris dans qq chose, difficile d'avoir une position méta et de se dire qu'est-ce qu'il se passe			nous ++ on		00:09:50
TB18	00:34:10	00:48:44	T doutes: c'est peut-être moi qui doit travailler; j'ai fait n'importe quoi, le vécu émotionnel de 7 en séance (ce qu'il me font ressentir)			J'ai eu		00:14:34
TB19	00:09:47	00:18:20	T il est parti flichi, l'anglais, qu'est ce qu'il faisait peur, S et toi tu te sens comment, T je me suis sentie nulle			toi tu		00:26:38
TB20	00:22:55	00:26:49	T fascinant ++, ils m'ont fatigué et fasciné S c'est fascinant, ils se laissent pas travailler tout est vérifié, c'est de la confrontation; recherche d'accord avec la famille ++, on est dans la négociation de ce que ce qu'on travaille			ils m'ont		00:05:54
TB21	00:37:00	00:42:11	T je suis pas trop en train de mourir... à partir de dire les gens attendent il attendent des réponses			le moi		00:01:32
TB22	00:45:00	00:46:32	je suis pas trop en train de mourir... à partir de dire les gens attendent il attendent des réponses			je suis		00:05:11
TB23	00:12:41	00:16:08	agressivité			J'ai senti		00:18:00
TB24	00:23:00	00:32:05	S dit que tu sens qq chose de négative et tu retrans T je suis rentrée chez moi j'ai pleuré; j'ai une journée dure, c'est horrible, j'ai eu peur ++, peur des émotions S ça te fait qq chose, t'étais pas bien après			je suis rentrée		00:09:05
TB25	00:35:42	00:44:42	T c'est dur S comment tu te sens T me sentir le plus mal ++			me sentir	4020T cherche de quoi écrire et prends des notes	00:09:00
TB26	00:48:44	00:55:22	S comment les symptômes pour t'attendre à ce point; t'es pas débile tu t'occupes pas; je me suis faite insultée, je m'emets à la place du patient; le lien que j'ai avec lui, je veux le défendre, ils ont confiance, il agresse			je me sens		00:06:38
TB27								00:36:49

Tandem		Thème: émotions dans la relation T-P		Marqueurs de sélection		Marqueur discursif 2 ^{de} personne		Autres (emphase, marqueurs paraverbaux ou comportementaux)		Total	
TE5a	00:40:25	00:55:22	T moi je le ve comme un acte de violence, me sentir agressé, S on sent comment on est happé, c'est fatigant.	Thème: relation thérapeutique T il fermement portes de manière brutale, le jete est cassant, moi j'ai été dure, une réaction de défense, montre au cinéma, je suis aussi dure que lui S le problème c'est que tu veux te positionner comme le médecin qui va protéger le fid de ses parents, tu t'es défendue, tu t'as vite des choses, tu rentres en rivalité, le gens sollicitent en nous, ce que les gens nous font vivre, ils sont entraîné de faire quoi avec moi?, tu utilises ça avec eux		moi+++				00:24:57	
TE5X										00:09:32	
TE6X										00:00:00	
TE7X										00:00:00	
TE7a	00:39:21	00:56:21	T j'y arrive pas (++), je sens, c'est dur, j'ai une peine folle à garder mon calme, elle m'énervé, c'est vraiment fort ce qui se passe	T elle est en rage en face de moi, je vous ai blessés; j'ai été connotante, soutenante S qu'est-ce qu'elle profère sur toi; elle te pousse à bout		répétition "je je je"		gestuel (secoue les mains, bascule la tête en arrière) demande d'aide de T; soupirs		00:17:00	
TE8X										00:17:00	
TE5a	00:09:20	00:20:24	T c'est trop difficile S tu te décourage? Ça t'énervé?	T la dramatisation, je la maîtrise, elle me fait vivre ça S elle te fait te sentir coupable; c'est le contrôle qu'elle exerce; on peut se demander pourquoi ça t'énervé; elle nous prend un peu pour des imbéciles; elle choisit la pire réponse pour inquiéter, tout est fait pour que tu aies agisse						00:11:04	
TE5X										00:11:04	
TA2C	00:46:13	00:56:53	J'avais été un peu inquiet de voir que... qu'elle avait l'air d'être sentir atterrée par c'q'j'ai dit PUIS j'ai demandé aussi comment elle s'était sentie qu'elle avait pas osé di re elle m'disait ouais euh quand même me je me suis quand même sentie un peu : pis od elle a dûs constituer une carapace pour pas ressentir	J'ai dûs j'en ai dûs continuer ça pis, c'est aussi porter attention pas en séan; ce chaque fois qu'on sent un décalage, ça ou qui a qui a ces choses là qu'on a expliqués; bien le nommer très rigide où finalement elle me laissait aussi peu d'air; ce et pis euh bin ça m'intéressait vraiment d'arriver à rentrer dans c'te détails elle te balade en t'parlant d'on acuité pendant						00:10:40	
TC1b	00:22:15	00:32:20	opération vraiment opération d'une pauvreté émotionnelle et de les entretiens qui interviennent vraiment ça m'émue!	il a pas dit euh vous êtes NULLE il a pas dit euh, mais voir ailleurs c'est mieux!						00:10:05	

Références bibliographiques :

Mondada, L. (2003). Parler topical et organisation séquentielle : l'apport de l'analyse conversationnelle. *Verbum*, (2), 193-219
 Riou, M. (2015). A methodology for the identification of topic transitions in interaction. *Discours. Revue de linguistique, psycholinguistique et informatique. A Journal of linguistics, psycholinguistics and computational linguistics* (16).
 Mondada, L., & Traverso, V. (2005). (Dés) alignements en clôture. Une étude interactionnelle de corpus de français parlé en interaction. *Lidil. Revue de linguistique et de didactique des langues*, (31), 35-5

	Phénomène	Description	Observables
	Signes d'épuisement topical	Organisation des tours est indépendante des topics mais interférences réciproques (ex : relance des tours par changement de topic ou clôture si échec)	<ul style="list-style-type: none"> - pauses - répétition du topic en fin de TCU + intonation conclusive + pause → facilite la reprise éventuelle - résumé du topic en cours ou précédent - réponse à une question initiale comprise dans le topic qui se termine - pauses et silences précédant la transition de topic - utilisation du marqueur « et » suggère un autre projet narratif - le topic suivant est constitué dans une cohérence propre (OUV-Développement-CLOT)
Alternance des TCU pour développer ou clore un topic	Changement de topic	Nouveau sujet proposé après un épuisement manifesté dans les tours précédents et alignement des interlocuteurs par une relance d'un intérêt	<ul style="list-style-type: none"> - changement de contenu/sujet - topicalisateur qui signale un intérêt et invite l'énonciateur à développer le topic au prochain tour ex : <i>ah bon/oui</i> - prosodie d'invitation à développer : ex : rire, ton fort, des allongements vocaux, intonation finale montante
	Alignement et co-construction du topic	Les participants contribuent chacun avec des éléments et des idées dans le sens du développement topical	<ul style="list-style-type: none"> - éléments de contenu ajoutés progressivement par les participants, ex : pierres à un édifice commun - signaux « backchannels » consensuels ex : yeah, right, you know, rires partagés - chevauchements non compétitifs signalant un alignement sur : <ul style="list-style-type: none"> • le contenu de l'échange • les positionnements montrés • la trajectoire topicale
Paires adjacentes pour développer un topic	Question-réponse	La paire Q-R peut être un moyen de faire parler son interlocuteur sur un topic <ul style="list-style-type: none"> - réponse étendue qui développe le topic - réponse courte, résumé d'un développement possible → refus de parler 	<ul style="list-style-type: none"> - loc1 : plusieurs questions avec réponses minimales → pas interprété comme des OUV topicales - plusieurs questions avec anaphores* = même initiative topicale - invitation par relance pour activité discursive étendue ex : raconte *anaphore : reprise par des pronoms ex : l'appart..... Il est comment.... Tu l'as vu

<p align="center">Séquentialité « Why THAT now »</p>	<p align="center">Les interlocuteurs s'orientent vers l'ordre, la distribution et le placement des <i>mentionnables</i> dans la conversation.</p>	
	<p align="center">Dysfonctionnements topicaux</p>	<p>Lorsqu'un participant interroge son partenaire pour savoir pour quelle raison, ou le lien, qui justifie la mention d'un topic donné ; interrogation seulement si cela est problématique Le topic est légitime ou intelligible sinon il est interrogé/questionné (<i>accountability</i>)</p> <p>Absence de co-construction topical et développement dans des directions différentes; absence de considération pour le matériel apporté par l'interlocuteur</p> <p>Introduction selon les occasions topicales présente dans la conversation et imposés en lien avec ce qui précède (ex techniques de 2nd locuteur)</p>
	<p align="center">Introduction des mentionnables</p>	<p>- interrogation de l'adéquation topicale dans un moment précis de la conversation en suspendant le déroulement ex : attends - échange suivant pour formuler une explication</p> <p>- les énoncés ne se rapportent pas au tour juste précédent mais peuvent être en continuité avec un propre tour passé ex : S : énoncé 1 → T : énoncé 2 % énoncé S1 → T : énoncé 2% T énoncé 1</p> <p>- le moment d'introduction topical peut sembler adéquat différemment selon les participants.</p>

Introduction marquée et une clôture reconnaissable	<p>Reconnu comme un statut particulier par les participants</p> <ul style="list-style-type: none"> - le topic le + important - la raison de l'échange/interaction - peut être rappelé/rapporté dans des interactions successives - signalé dans son statut particulier qui le dégage d'autres développements pré-topicaux éventuels 	<p>Pré-clôture :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une paire adjacente caractérisée par le fait : <ul style="list-style-type: none"> • de suivre la fin reconnaissable du dernier topic de la conversation • ne pas être occupé par aucune activité topicale des participants - ouvre un espace libre, une possibilité d'intro un nouveau topic sans lien avec ce qui précède 	<ul style="list-style-type: none"> - généralement en fin de séquence OUV pouvant contenir un développement topical jugé par les part. comme ≠ 1^{er} topic - expansion pré-topicale : <ul style="list-style-type: none"> a. CLOT « ah bon\ » b. Pause c. Marqueur d'attention « écoute/ » d. Pause e. « moi je propose » - Signalement explicite : <ul style="list-style-type: none"> a. Paire adjacente pour attirer l'attention du destinataire ex : S : hé léo/ T : ouai/ b. « Je t'appelle pour te demander de... »
<p>Topiques délimités <i>Bounded topics</i></p>	<p>First topic en position d'ancrage (<i>anchor position</i>) (en début d'interaction)</p>	<p>Les topics en pré-clôture * (en fin d'interaction)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - marqueurs de placement inadéquats <i>misplacement markers</i> - placement retardé de mauvaises nouvelles <i>deferred bad news</i> - oublis auxquels on repense subitement <i>afterthoughts</i> - commentaire global sur le cas précédent - brièveté des tours - diminution du volume de la voix - longue pause - marques d'accord de la pré-clôture
Techniques d'introduction (en cours d'interaction, nécessite une négociation pour lui attribuer un statut connu/reconnu/digne d'être développé)	<ul style="list-style-type: none"> - initiation par le destinataire qui sollicite son partenaire pour développer un topic - initiation du topic par l'énonciateur 	<ul style="list-style-type: none"> - invitation à développer un topic sans préciser, imposer le contenu ; ex : « quoi de neuf/ » - proposition à développer un topic particulier, nomination d'un topic et déploiement de la connaissance partielle ; méthode de recherche d'info ex : <i>fishing device</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. annonce de nouvelles par laquelle il propose le topic 2. topicalisateur de la part du récipiendaire : marqueur d'intérêt invitant à développer le topic 3. élaboration du topic par l'énonciateur

* Clôture : mouvements séquentiels qui permettent aux participants de coordonner leur arrivée conjointe à la clôture de la conversation

Technique de développement progressif : modification par glissements progressifs (<i>stepwise movements</i>), sensibles aux contingences et aux occasions qui se présentent au fil de la conversation, selon des enchaînements appropriés ; garantir la continuité du propos et sa transformation		
Techniques de premier locuteur	Initier une séquence sous forme de first pair part – <u>technique de 1^{er} locuteur</u>	<ul style="list-style-type: none"> - initier une paire adjacente Q-R pour expliciter un aspect du topic en cours - effets interactionnel : <ul style="list-style-type: none"> • réponse minimal • développement
	Enchaîner %à un autre locuteur, en exploitant le tour précédent pour le modifier, l'enrichir, le réorienter- <u>technique de 2nd locuteur</u>	<ul style="list-style-type: none"> - enchaîner par rapport l'annonce du topic ex : dislocation « OH/ oh ben/ » - prolonger ce qui précède ex : prédication de nouvelle propriété - effets interactionnels : <ul style="list-style-type: none"> > <i>skip connecting</i> pas de développement sur les ajouts et l'énonciateur - continuer par rapport à la propre contribution, en ignorant celle des autres
Techniques de mise en relation <i>tying techniques</i>	Usage du pro-terme « truc » : ressource reliée à ce qui précède et qui laisse une place vide pour être remplie par le développement du nouveau topic	<ul style="list-style-type: none"> - « y a un truc ; ça » : après une clôture de topic précédant sous forme d'évaluation générale - reformulation, modification de la formulation - topic précédent comme une ressource, une occasion de relier au topic suivant
(Dés)-Alignement au nouveau topic	Alignement : En continuité du topic Désalignement : En rupture pour un nouveau topic	<ul style="list-style-type: none"> - topicalisation : « ah oui\ ; ah bon/ » - chevauchements et autre topic
Topiques graduels <i>Shaded topics</i>		

Éléments d'attention :

les classes sémantiques se construisent progressivement, dans l'interaction, sont structurées autour d'éléments centraux et fédérateurs grâce au recyclages et retours topicaux, validés et reconnues par les participants.

Les marqueurs linguistiques :

- 1) une concordance d'accords
- 2) pauses
- 3) interjections : mots invariables autonomes pour exprimer de manière vive (exclamation) une émotion, une sensation, un sentiment
- 4) dislocation : procédé d'emphase, d'extraction (à gauche en début de phrase ou à droite en fin de phrase)
- 5) marqueurs discursifs tels que « donc », « alors », etc.
- 6) structures existentielles (Berthoud, 1996)
- 7) prosodie : éventail de variations, pics, ...

La gestion des tours indique les trajectoires topicales :

- Alignement ou désalignement ?
- Les chevauchements : la sélection du prochain locuteur mais aussi le prochain topic
- Les silences manifestent un épuisement topical et suivent un format séquentiel récurrent : <pause-récapitulation/évaluation du topic précédent-pause-changement topical>
- Reprise d'un topic recyclé ou général qui assure la continuité, usage des anaphores (les pommes... tu les a mangées)

Les modes d'organisations séquentielles :

- Technique 1^{er} locuteur : poser une question pour que l'autre élabore le topic
 - Technique de 2nd locuteur fournir un commentaire, une évaluation une amplification du topic en cours
 - Techniques collaboratives : techniques collaboratives (Mondada, 1999b)
- contributions des participants à chaque tour pour l'élaboration du topic et co-construction de la trajectoire topicale

Transition topicale convergente (alignement) : Structure séquentielle de l'alignement au nouveau topic :

- 1) Projection de la clôture imminente d'une phase, réalisée par différentes ressources*
- 2) Alignement des autres participants sur la clôture initiée
- 3) Introduction de la phase suivante
- 4) Alignement des participants à cette nouvelle phase

Transition topicale non convergente /désalignement) :

Une initiation de pré-clôture peut être chevauchée par un autre participant qui poursuit la discussion, l'ouverture du topic suivant est posticipée par la continuation et la conclusion de la discussion initiale. Ex : cadrage thématique de reprise « au niveau de *topic 1*, ... » et effets de contraste « par contre ».

Le désalignement d'une pré-clôture projetée peut se manifester plus ou précocement et par des ressources langagières diverses

Ex : marqueurs d'opposition : « alors que » qui ne complète pas la structure syntaxique entamée et n'en ouvre pas (→ marqueur de prise de tour)

EX : verbes métadiscursifs « je reviens un peu en arrière »

Ex : auto-réparation : « je rev- je reviens un peu en arrière » ; « c'est- c'est idiot »

Structure séquentielle du désalignement au nouveau topic :

- 1) Projection de la clôture imminente ou accomplissement de la pré-clôture ET passage à l'ouverture de la phase suivante
- 2) Désalignement par rapport à ce qui est projeté ou initié
- 3) Continuation de la phase précédente voir ré-ouverture

Distinctions
<p>DRS: produit au sommet du récit; peut transmettre le sens d'une histoire et donne un aperçu de la position du conteur, les orateurs décrivent un aspect choisi du discours qu'ils citent</p> <p>IRS: produit de façon récurrente, pour transmettre de l'information factuelle et contextuelle, description d'un aspect choisi</p>
Codage
<p>1.Source citée : patient thérapeute, famille, collègue (qui parle ?)</p> <p>2.Type d'unité : action, pensée, situation (quel est le contenu du DRS ?)</p> <p>3.Contexte de l'émergence : les 3 énoncés précédents (<i>que se passe t-il avant ?</i>)</p>
Analyse qualitative
<p>Les questions auxquelles répondre</p> <p>Est-ce la " voix " de l'orateur actuel ou celle d'une autre personne ?</p> <p>De qui est cette autre voix ?</p> <p>Que fait cette autre voix ?</p> <p>Que fait l'orateur de cette autre voix ? Que fait-on avec cette autre voix ?</p>
<p>Indices lexicaux</p> <p>Contenant du DRS : une clause de cadrage (il a dit, j'ai dit, etc.) + la citation</p> <p>Prévention d'utilisation des mots « exacts » sans adaptation aux circonstances actuelles et de la façon dont ces mots ont été prononcés</p> <p>Temps des verbes</p> <p>Indices de virages (well)</p> <p>Les termes d'adressages</p>
<p>Déplacements du déixis du point de vue du locuteur « original »</p> <p>Personnel (il a dit je suis content)</p> <p>Spatial</p> <p>Temporel vers le lieu du discours rapporté (du passé au présent)</p> <p>Prosodique et paralinguistiques (VPP): gamme d'intensité, de hauteur, temps relatif, qualité vocale donnée, pauses</p>
<p>Indicateurs de changement de personnage/figure</p> <p>Contraste prosodique entre les lignes</p> <p>La manière dont le contraste est construit (ex: différences de posture des personnages)</p>
<p>In-cohérence des séquences vocales</p> <p>Si réparation du destinataire: comprendre qui endosse la citation, mots de réparation pour demande indirectement de compléter ou clarifier la compréhension</p> <p>Un changement perceptible de la valeur prosodique et paralinguistique est attendu (hauteur, volume plage tempo, ql voix différente, respiration, rires pauses)</p>

Annexe 6 : Discours rapportés _Extrait de l'analyse quantitative des données

Tandem	Début	Fin	Thérapeute						Superviseur						
			DRS - T	IRS - T	DRH	RT	Proj - T	émotion	DRS - S	IRS - S	DRH	RT	Proj - S		
TA1a	00:02:00	00:10:00	1	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
TA1b	00:14:00	00:41:40	6	6	0	5	0	1	0	0	1	1	0	0	5
TA1c	00:42:34	00:52:30	9	6	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	3
TA1X			16	15	1	6	0	2	0	0	3	1	0	0	10
TA2a	00:27:10	00:31:52	10	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TA2b	00:42:50	00:46:09	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
TA2X			26	7	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	5
TA3a	00:00:23	00:06:35	10	6	1	3	0	2	0	0	0	1	0	0	4
TA3b	00:37:00	00:41:00	5	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	9
TA3X			15	8	1	3	0	2	0	0	1	2	0	0	13
TA4a	00:00:26	00:06:55	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
TA4b	00:06:57	00:15:45	29	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
TA4c	00:17:35	00:35:06	11	0	1	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0
TA4d	00:39:00	00:43:03	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
TA4X			44	1	1	2	0	2	1	2	2	2	0	0	0
TA5a	00:10:08	00:13:01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TA5b	00:20:20	00:41:19	8	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0
TA5c	00:42:06	00:48:48	7	3	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	6
TA5X			15	3	1	1	0	1	0	0	2	3	0	0	6
TA6a	00:00:10	00:16:30	11	3	0	3	0	2	4	5	1	4	1	1	1
TA6X			11	3	0	3	0	2	4	5	1	4	1	4	1
TB1a	00:05:35	00:06:20	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TB1X			0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TB2a	00:02:32	00:07:32	0	0	2	2	0	0	0	0	5	0	0	1	1
TB2b	00:50:05	01:00:23	10	5	1	0	0	0	2	0	1	0	0	3	3
TB2X			10	5	3	2	0	0	2	0	6	0	0	4	4
TB3a	00:08:00	00:12:35	10	3	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0
TB3b	00:26:25	00:32:55	3	6	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TB3X			13	9	0	5	0	0	2	0	1	1	0	0	0
TB4a	00:21:34	00:31:47	6	3	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	5
TB4b	00:39:45	00:43:30	0	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
TB4c	00:45:55	00:51:10	0	0	2	1	1	0	0	0	2	0	0	2	2
TB4X			6	3	4	2	4	1	0	1	3	0	0	7	7
TB5ab	00:16:24	00:20:54	3	0	1	1	0	1	0	0	3	0	0	0	0
TB5X			3	0	1	1	0	1	0	0	3	0	0	0	0
TB6a	00:30:42	00:40:27	2	1	0	3	5	0	0	1	0	0	0	0	6
TB6X			2	1	0	3	5	0	0	1	0	0	0	0	6
TC1	00:12:00	00:19:00	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TC1X			13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
TC2X															
TC3ab	00:22:00	00:39:27	2	0	4	0	0	0	6	0	3	0	0	0	0
TC3X			2	0	4	0	0	0	6	0	3	0	0	0	0
TC4X															
TC5X															
TC6X															
TD1a	00:16:35	00:22:22	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TD1b	00:25:13	00:26:40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TD1X			2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TD2a	00:12:43	00:27:39	7	2	0	6	0	1	1	1	1	1	1	1	1
TD2X			7	2	0	6	0	1	1	1	1	1	1	1	1
TD3a	00:05:22	00:27:47	1	6	1	8	0	1	3	2	1	1	1	1	1
TD3X			1	6	1	8	0	1	3	2	1	1	1	1	1
TD4X															
TD5a	00:07:15	00:19:12	2	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1
TD5X			2	1	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1
TD6	00:21:30	00:31:10	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0
TD6X			0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0
TE1X															
TE2a	00:07:20	00:15:34	4	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	6
TE2b	00:17:50	00:21:40	0	0	1	1	0	0	2	0	1	2	1	1	1
TE2c	00:34:10	00:43:18	0	0	0	3	0	0	0	0	8	0	0	0	5
TE2d	00:43:28	00:48:44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
TE2X			4	0	1	5	0	0	2	0	12	2	0	0	16
TE3a	00:09:47	00:14:23	9	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1
TE3b	00:15:46	00:18:20	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TE3c	00:22:55	00:26:49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
TE3d	00:37:00	00:42:11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6

Tableau A7/1 - Indices d'implication émotionnelle d'un locuteur

Dimension verbale	
Lexique	registre des émotions, des sentiments, des attitudes, évaluation, position affective
Rhétorique	métaphore, ironie, idiomes-jargon, idiomatic/soud objects, respous cries
Syntaxe	phrases complexes, split up into several clauses prosodically, short clauses, ellipses, parallélisme
Dimension vocale-prosodique-phonétique	
phonetic	hyparticulation, change to low voice to suggest self talk laughter and laughter particules within words
intonation	dynamic pitch contours,high pitch register, extra-high pitch peaks, parallel final rising pitch
voix	falsetto voice quality, variations, mimes, extra strong accents
prosodie	allongements vocaliques, acélération-ralentissement
Dimension gestuelle-visual ressourcess	
bras, mains	mouvements des mains, slashing and pointing gesture
tête	head nods and head shakes, gaze and withdraw wal of gaze, tight-lips, smiles
corps	collapsing of body posture, le corps se détourne du face à face, s'avance, se recule

Tableau A7/2 - Discours emphatique- impliqué Les signaux constitutifs du style de discours accentué/avec discours impliqué

1.	Une densité nettement élevée de syllabes accentuées
2.	Une organisation rythmique avec des cadences isochrones très courtes
3.	Des accents de tonalité avec des pics nettement plus élevés ou Un volume sonore plus important que les unités environnantes
4.	Intensification des éléments lexicaux - ou autres dispositifs lexicaux modifiés selon le style initial du locuteur Les dispositifs syntaxiques
5.	parallélisme : du mot français parallèle, est une figure de style qui consiste en la répétition d'un segment phrasique semblablement construit et d'une longueur similaire ; la figure se fonde donc principalement sur la juxtaposition et sur la coordination de deux syntagmes, de deux phrases ou de deux vers semblablement construits. ellipse : (substantif féminin du grec ancien ἔλλειψις / élleipsis, « manque, défaut, insuffisance ») est un procédé grammatical qui consiste à omettre un ou plusieurs éléments en principe nécessaires à la compréhension du texte, pour produire un effet de raccourci. Elle oblige le récepteur à rétablir mentalement ce que l'auteur passe sous silence.

Tableau A7/3 -Style emphatique - variation

En constituant et en modifiant les styles de discours, les locuteurs s'orientent vers le style qui a été utilisé dans les unités précédentes	
Les caractéristiques des unités précédentes fournissent un tiers comparateur dynamique	
Un changement ou une modification de style est signalé par une augmentation ou une diminution soudaine ou progressive des indices constitutifs du style par rapport à l'unité précédente	
Les styles de discours, de ce point de vue, sont donc des réalisations actives et interactives, et le choix et l'altération des styles de discours ont une signification sociale et interactive	
Passage soudain	Le passage soudain d'un style normal non marqué à un style emphatique marqué a été utilisé pour contextualiser les points culminants du récit comme des pics d'implication .
Passage graduel	Le passage graduel à un style plus emphatique a été utilisé pour mettre en scène un point culminant emphatique
Abandon	L'abandon d'un style emphatique après un point culminant a été utilisé pour contextualiser la transition du point culminant lui-même à l'élaboration de la signification du point culminant , et finalement à la fin de l'histoire
Réciprocité	La contextualisation stylistique emphatique des points culminants rend également localement pertinente une certaine forme d'affichage de l'alignement du destinataire par rapport à la question traitée; contribue à l'organsiation interactive de la démonstration de la réciprocité affective

Tableau A7/4 - Évaluation de l'emphase du discours pour déterminer le niveau d'implication

Indices d'implication	Condition	points
Syllabes accentuées	Densité: si augmentation du nombre de syllabes-accentuées	1 point = 1 syllabe accentuée
Éléments lexicaux	Nombres de mots du registre affectif	1 point = 1 mot
	Accentuation des éléments lexicaux	1 point = 1 mot affectif accentué
Rythmicité	Augmentation u nombre de pauses et micro-pauses pauses	1 point
	Scansion	1 point
	Accélération	1 point
	Ralentissement	1 point
Vocal	Variation du volume général de l'énoncé, du TCU	1 point
	Variation des pics de tonalité	1 point
Éléments syntaxiques	Ellipse	1 point
	Parallélisme	1 point
Gestuelle	Intensification des mouvements de bras	1 point
	Intensification des mouvements de la têtes	1 point
	Mimiques du visage-sourcils-sourires	1 point = 1 comportement

Tableau A8/1 - Processus d'affiliation selon les phases du récit storytelling

Accumulation	<p>Réponses verbales non affectives du destinataire, alignement à l'activité de narration</p> <p>Réponses affectives/impliquées minimales, respons cries</p> <p>L'affichage et la prise d'affiliation de l'affectivité dans les climax des récits est organisé en une séquence de deux paires adjacentes (p-a) successives pour le traitement collaboratif de l'affectivité avec affiliation</p> <p><u>Première paire</u>, pour l'affichage et l'accomplissement d'une affectivité</p> <p>1ère partie de p-a – narrateur : l'affichage d'une affectivité reconstituée en référence à des plaintes</p> <p>2ème partie de p-a – récipiendaire : réponse affiliative</p> <p><u>Deuxième paire</u>, pour la consolidation et la sortie de l'affichage de l'affectivité partagée :</p> <p>1ère partie de p-a – narrateur : évaluation in situ des plaintes, implique l'adhésion du bénéficiaire</p> <p>2ème partie de p-a - récipiendaire: réponse affiliative</p> <p>>Peut être nécessaire quand la première paire semble insuffisante, trop brève et laconique en termes d'affiliation attendue</p> <p>>S'attarde un peu sur l'affectivité partagée, avant que les deux interlocuteurs n'accomplissent leur retour à des conversations moins chargées d'émotions.</p> <p>>L'évaluation dans la deuxième paire adjacente peut être considérée comme une pratique pour l'accomplissement interactionnel de l'évaluation partagée de l'objet de la plainte.</p> <p>>Les manifestations d'affectivité sont plus faibles dans la deuxième paire de contiguïtés que dans la première.</p>
Evaluation	<p>Réponses verbales affectives/impliquées, gestes affectifs</p> <p>* Hochements de tête en tant que signes d'affiliation sont répartis de manière égales dans les différentes phases du récit</p> <p>** L'affiliation du destinataire implique une diminution de l'excitation physiologique chez le narrateur mais une augmentation de l'excitation chez le destinataire.</p> <p>*** L'interaction entre les participants peut être décrite comme une "gestion de l'affectivité". Les réponses du destinataire amènent le narrateur et le destinataire à modifier leurs affichages d'affects ultérieurs.</p> <p>Mutual monitoring :</p> <p>Les interlocuteurs contrôlent et gèrent avec précision leurs manifestations d'affectivité ;</p> <p>Ils s'orientent les uns vers les autres et adaptent leurs manifestations les uns aux autres</p> <p>(Stevanovic et Peräkylä, 2015 : la "contagion émotionnelle" suggère que les humains ont une tendance automatique à imiter les expressions émotionnelles non verbales d'autres personnes, ce qui affecte l'expérience émotionnelle de la personne qui imite; Cela se produit à la suite d'une réaction affiliative générée par l'imitation motrice élémentaire, qui produit une correspondance émotionnelle simultanée indépendamment des capacités cognitives des personnes à comprendre ce qui se passe dans l'esprit de l'autre</p> <p>Linéarité par séquentialité</p> <p>Simultanéité par multimodalité</p>

Tableau A8/2 - Signes d'affiliation du destinataire

Signes, modalités	Détails	Exemples
Verbal et segmentaire	Rhétorique, lexico-sémantique, syntaxique, phonétique et phonologique	Rhétorique et lexico-sémantique : Répétition d'une action, formulations de cas extrêmes, jurons ou adjectifs ; objets sonores qui fonctionnent comme des cris de réponse. Syntaxe : Constructions et clauses "elliptiques" courtes et denses. Ajustement en miroir du contenu et de la structure comme celui du narrateur
Vocal prosodique et suprasegmental	Prosodie et qualité de la voix	Prosodie : Indices de marquage prosodique tels que les accents extra-forts, les pics de tonalité extra-hauts, les allongements, le décalage de l'accent, l'accentuation dense, les changements de tempo, les changements de registre de tonalité. Qualité de la voix : Voix chuchotée ; voix pressée, tendue. Miroir de la forme prosodique et vocale du narrateur
Visuels, comportements	Domaines de la posture du corps et de ses changements, de la tête les mouvements, le regard, les mouvements et les gestes des mains.	Mouvements de tête : Hochements de tête et secousses de la tête. Gestes des bras et des mains : gestes de gifles et de coups ; regarder : mouvements des yeux, direction du regard. Expressions du visage : mouvements des sourcils. faire preuve d'étonnement et d'accord avec l'évaluation négative de l'orateur précédant sur un événement présenté au tour précédent. Ex : Haussement des sourcils, ouverture grande des yeux, bouche ouverte (respons cry, Goffman, 1981) Convergence des indices multimodaux avec ceux du narrateur. Contact visuel intense

Tableau A8/3 - Actions complexes d'affiliation

Reconnaissance - recognition	
Contenu	Emotion du narrateur au centre de l'énoncé, compréhension de l'aspect informatif de l'expression émotionnelle Expérience émotionnelle signifiée comme réelle, valable, légitime Absence de composante d'interprétation, parle à partir de l'expérience du narrateur, sans reformulation Ajout de détails, adopte la posture affective du narrateur, Extension syntaxique, prolongement du TCU du narrateur
Forme	Extension syntaxique, prolongement du TCU du narrateur
Interprétation	
Contenu	Signalisation de quelque chose qui (en référence à l'expertise du destinataire) peut être entendu comme implicite dans ce dont le narrateur vient de parler Une certaine distance par rapport à la description que le narrateur fait lui-même de son expérience. Un cadre interprétatif alternatif à celui que le narrateur a proposé et le combine avec des éléments qui reconnaissent son expérience Un point que le narrateur n'a pas explicitement mentionné Le destinataire déplace légèrement la perspective du narrateur à une autre perspective (ex: la réponse du thérapeute déplace la perspective du monde extérieur vers l'expérience intérieure du patient) L'interprétation est conçue comme une déclaration directe, véhiculant une sorte d'évaluation Tout en contestant la description du narrateur, l'interprétation peut intégrer également une composante de reconnaissance de l'expérience du narrateur
Forme	Tout en contestant la description du narrateur, l'interprétation peut intégrer également une composante de reconnaissance de l'expérience du narrateur

Tableau A8/4 - Signes d'affiliation incomplète ou de désaffiliation du destinataire

Signes modalité		Détails		Exemples	
Verbal et segmentaire	Rhétorique, lexico-sémantique, syntaxique, phonétique et phonologique		Désignation lexicale explicite des affects ou absence de réponse (hésitations chez le narrateur) puis explicitation de la posture affective et intensificateur (« so »). La réponse est plus faible en posture que celle du narrateur; présence d'accord (agreeing) mais de manière plus neutre que l'implication du narrateur Le narrateur réduit alors son implication vers qq chose de similaire à celui du récipiendaire		
Vocal prosodique et suprasegmental	Prosodie et qualité de la voix		Organisation rythmique de l'accentuation ; hyperarticulation Pour le récipiendaire : absence de marquage ou du moins plus faible que celui du narrateur, pas d'évolution de la forme prosodique malgré une augmentation de celle du narrateur qui recycle; ceci marque un indice de désapprobation Pas d'effet miroir de la forme prosodique et vocale du narrateur Pas d'adaptation par le narrateur à la forme prosodique du récipiendaire Des rires et des paroles avec des particules de rire: > le rire n'est pas un rire ouvert, clair et amusé, mais un rire simulé, quelque peu "forcé" > a tight-lipped smile that suggests something like "I've always known this". > rire ironique ou sarcastique ou moqueur (interprétation si décalage entre le contenu du discours du narrateur et les rires des récipiendaires)		
Visuels, comportements	Domaines de la posture du corps et de ses changements, de la tête les mouvements, le regard, les mouvements et les gestes des mains.		Narrateur : Ajout d'indices multimodaux qui n'existaient pas avant Absence d'affiliation = pas de changements gestuels ou désalignement Schisme		
<p>* Dans les cas plus problématiques de réponses désaffiliées, le manque d'affiliation conduit le conteur à étendre et à refaire des démonstrations d'affectivité.</p> <p>o Même si le destinataire ne donne pas de réponses d'affiliation ou fournit des réponses de désaffiliation, dans tous les cas, on peut observer que les narrateurs s'orientent vers la réception de réponses correspondantes</p> <p>o Le fait que les destinataires retiennent les réponses d'affiliation au point culminant de l'histoire avec l'affichage d'une implication émotionnelle amène le conteur à élargir le récit afin de fournir vraisemblablement de nouveaux points pertinents pour les réponses des destinataires; le narrateur peut être considéré comme poursuivant, expansion, augmenter les détails (même jusqu'à un second climax)</p> <p>créer de nouvelles possibilités in situ pour le destinataire de répondre d'une manière mieux adaptée.</p> <p>o Les extensions peuvent montrer une implication émotionnelle encore plus forte et plus claire, sans doute pour susciter à nouveau et plus clairement des réponses d'affiliation ; améliorant ses propres manifestations ultérieures d'implication affective , plus impliqués</p> <p>** En ce qui concerne l'affichage des affects, il n'y a pas d'affichage des affects correspondants , pas de réciprocité dans l'affichage de l'affectivité</p> <p>*** Réaction sur une posture épistémique plutôt que qu'une posture émotionnelle</p> <p>**** Downgrading / minimise l'évaluation de la situation décrite par le narrateur ou l'intensité de l'émotion ressentie par le narrateur</p>					

Les questions et la désaffiliation

Généralement, lorsqu'une question est posée, le questionneur pense pouvoir obtenir une réponse; Si la question ne trouve pas de réponse dans la 3ème partie, alors la question est « challenging » ou désaffiliante

Une question désaffiliative acte le challenge, le reproche, la plainte, la critique ou le désaccord.

questions "réelles"	qui sont des questions d'information ou de confirmation
---------------------	---

questions "rhétoriques"	qui défient ou confrontent le destinataire ou conflictuel (et les limites entre les deux).
-------------------------	--

La prosodie peut contribuer à marquer les questions comme affiliées ou désaffiliées

Il existe des environnements qui sont mûrs pour une désaffiliation potentielle :

Les situations dans lesquelles il a été établi qu'un interlocuteur a fait ou dit quelque chose que l'auteur de la question considère comme mal, ou n'a pas fait quelque chose qu'il aurait dû faire.

Une demande que l'auteur de la question ne juge pas justifiée

Le fait que l'interrogateur connaisse ou suspecte la réponse à la question, et que cela soit évident pour les interlocuteurs (et les analystes), semble également contribuer au potentiel de désaffiliation.

Tableau A9/1 - Définition des formulations des S					
Code	Formulation S	Définition	Topicalité	Affectivité	Exemples
R	Reconnaissance	énoncé qui valide la posture affective du T, la perspective du T est centrale	congruence	Dim aff de T considérée	ouai je suis désolée pour ça;
I	Interprétation	énoncé qui valide la posture affective du T et/ou qui explicite un implicite dans le discours de T; énoncé de S qui dévie légèrement de la perspective du T	congruence	Dim aff de T considérée	mais toi (rire) tu voudrais encore le garder
C	Cadrage	énoncé qui est centré sur le topic (ex relation T ou émotion du P) mais pas sur l'affectivité du T; le cadrage donne une signification selon la perspective du S en alignement de la perspective du T ou en désalignement	congruence	Dim cognitive, sans lien avec l'affectivité du T	c'est un entretien de soutien; c'est clairement pas de la psychothérapie
A	proposition d'Action	énoncé qui est centré sur le topic en cours mais pas sur l'affectivité du T	congruence	Dim cognitive, sans lien avec l'affectivité du T	
L	Alignement	énoncé qui s'aligne sur un topic secondaire de l'énoncé du T, càd qui ne prend pas le topic de la relation T ou de l'affectivité du T	congruence	Dim cognitive, sans lien avec l'affectivité du T	
D	Désalignement	énoncé qui induit/propose un changement topical et qui montre une incongruence topicale; le cours de la conversation se voit remis en question	incongruence	Dim cognitive, sans lien avec l'affectivité du T	mais bon ça ne peut pas durer; ouais mais ça va pas

Tableau A9/2- Définition des trajectoires					
Code	Formulation S et/ou T	Définition	Topicalité	Affectivité	Exemples
AC	Affiliation conjointe	accomplissement d'une affiliation conjointement explicitée ou agie, visibles sur au moins 3 TdP	posture affective de T et S	oui	
CR	Conversation réflexive	formulations du T ou du S d'éléments analytiques qui problématisent la perspective affective du T dans sa relation au P ou la relation T elle-même, alignements fort d'un TdP à l'autre sur au moins 3 TdP	posture affective de T ou relation thérapeutique	thématique Aff.	j'étais pas tellement ouverte à sa réalité à ELLE; qu'est-ce qu'elle suscitait chez toi? Ça c'est peut-être ma tendance à moi d'éviter les conflits
RR	Recyclage du récit aff.	après un premier récit impliqué du T et au moins 1 TdP du S, le T produit un deuxième récit impliqué comprenant des indices d'implication augmenté par rapport au premier récit	émotions de T, implication	oui	
AB	Abandon	le tandem change complètement de topic et abandonne le topic en cours qui concerne la relation T ou le vécu affectif du T	transition topicale effectuée	non	ouai() pis voilà() autre chose...

Annexe 10 : Formulations des superviseurs et trajectoires de l'affectivité_Extrait du codage des données

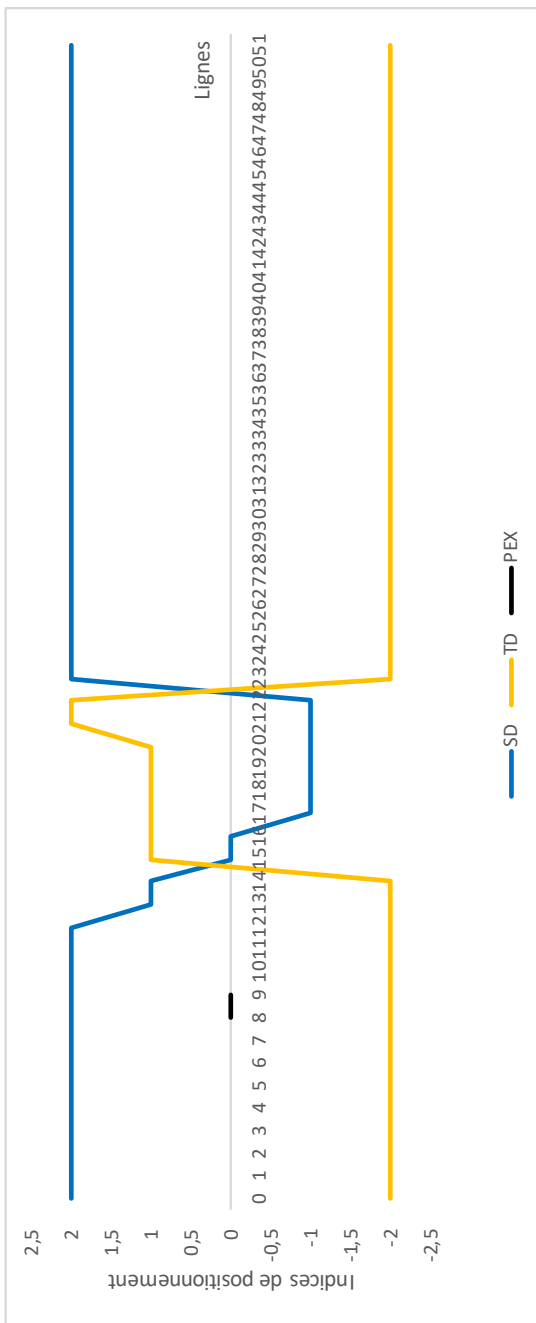
Tandems	Formulations S					Trajectoires					Autres actions S
	Reconnaissance R	Interprétation I	cadre C	Alignement A	Proposition d'action A	désalignement D	Affiliation conjointe (AC)	Conv. Réfl. (CR)	Recyclage réct (RR)	Abandon (AB)	
TA1a	1	1	5		6	3	1	2	3	1	PEX S
TA1b	4	7		1			2	4			à utiliser
TA1c		1						1			
TA2a		1						1			
TA2b					1					1	
TA2c		1						1			
TA3a	3	4	4	5	6		1	2			PEX S
TA3b		1									
TA4a	3	1	4		3		1	4	1		
TA4b	2	2	3								
TA4c		1									impliquer T
TA4d											PEX S (x2)
TA5a		1									
TA5b	1								1		
TA5c											
TA6a		1									PEX S
TB1a											
TB2a		1									PEX S
TB2b			1								
TB3a		1							1		PEX S (x2)
TB3b	3	3									
TB4a		1						2			
TB4b	4						1	2			PEX S (x2)
TB4c											PEX S
TB5	2	1						1			PEX S
TB6											
TC1a	1	1	2				3	3	1		
TC1b	2		5		1		4	3	1		PEX S (x2)
TC3a	1	3		2			1		1		PEX S
TC3b	2	7					1	2			PEX S
TD1a			1								
TD1b		1									
TD2a		1									PEX S_conv refl
TD3a		1									PEX_conv refl
TD5			1								
TD6		1									PEX S

Tandems	Formulations S						Trajectoires				
	Reconnaissance R	Interprétation I	cadre C	Alignement A	Proposition d'action A	désalignement D	Affiliation conjointe (AC)	Conv. Réfl. (CR)	Recyclage réct (RR)	Abandon (AB)	Autres actions S
TE2a	1	4	5	6	5			1			PEX S
TE2b	1										PEX S (x2)
TE2cd											impliquer T
TE3ab											
TE3c		1									
TE3de		1									
TE3f											
TE4a											
TE4bc	1										PEX S
TE4de											
TE4f	1	1									PEX S
TE4g											PEX S
TE5	1	1									PEX S
TF3a		1									PEX S (x2)
TF5		1									
Total											

Séquences	Extraits	PEX	Expérience de vie privée	posture affective dans la situation de S°	posture affective dans la situation clinique	action thérapeutique	action de supervision	nbre de PEX/tandem
4	TA1a	1		1				TA 7
	TA3a	1			1			
	TA4d	3		1		1		
	TA6a	2			2			
5	TB2a	2	1			1		TB 8
	TB3a	2	1			1		
	TB4b	2			1	1		
	TB4c	1				1		
	TB5	1		1				
	TC1b	2			1	1		
3	TC3a	3	1		1	1		TC 6
	TC3b	1				1		
	TD2a	2		1	1			
4	TD3a	3	3					TD 8
	TD5	1				1		
	TD6	2		1			1	
	TE2b	1					1	
5	TE2cd	2			1	1		TE 7
	TE4bc	1				1		
	TE4fg	2	1			1		
	TE5	1			1			
1	TF3a	2			1	1		TF 2
Total	22	38	7	5	11	13	2	0

Ordres d'interaction	Indices	Comportements, actions
Ordre déontique Pouvoir d'action	2	Initiation d'un TDP, auto-sélection, chevauchement compétitif, assignation d'une tâche ou d'une action (ex : stop suivi thérapeutique) Résistance/opposition active explicite à une assignation de tâche
	1	1 ^{ère} partie d'une paire adjacente, prise de tour sans compétition
	0	Absence de comportement
	-1	2 ^{ème} partie d'une paire adjacente
	-2	Alignement simple, continuateurs, sans contenu ajouté
	2	Assertion: Indice d'expertise avec un ajout majeur de contenu topical, degré de certitude élevé, accès privilégié et direct à la connaissance/à l'information
Ordre épistémique Degré d'expertise	1	Assertion avec placement séquentiel initiateur de TDP: Indice d'expertise sans ajout majeur de contenu topical (ex: commentaire descriptif) Question, 1 ^{ère} partie d'une paire adjacente: Soutien actif de l'activité en cour avec des connaissances concernant le topic en cour (ex: question de relance, 1 partie d'une paire adjacente)
	0	Manifestation d'ambivalence sur la certitude ou la fiabilité de l'information
	-1	Commentaire évaluatif avec placement séquentiel secondaire qui indique une certaine expertise sur le topic Manifestation de doute sur le topic Question de renseignement avec une expertise sur le contenu
	-2	Continuateur vocal: soutien passif de l'activité en cour sans indice d'expertise sur le topic (continuateur vocal invitant à un développement) Assertion comportant une méconnaissance du topic Question de renseignement sans expertise sur le contenu
Ordre émotionnel Niveau d'implication	0 + 0,1 + 0,1 Etc.	Voir Annexe 7, Tableau A7/4 → Adaptation de l'échelle de notation : 1 point = 0,1 point

TD	SD	TD	PEX	Quotation
0	2	-2		
1	2	-2		
2	2	-2		
3	2	-2		
4	2	-2		
5	2	-2		
6	2	-2		
7	2	-2		
8	2	-2	0 PEX	
9	2	-2	0	
10	2	-2		
11	2	-2		
12	2	-2		
13	1	-2		hesitation a la prise de tour
14	1	-2		s'avance, engagement
15	0	1		1PPA
16	0	1		2PPA
17	-1	1		2PPA
18	-1	1		2PPA
19	-1	1		1PPA
20	-1	1		2PPA
21	-1	2		2PPA
22	-1	2		2PPA
23	2	-2		prise 1DP
24	2	-2		
25	2	-2		
26	2	-2		
27	2	-2		
28	2	-2		
29	2	-2		
30	2	-2		
31	2	-2		
32	2	-2		
33	2	-2		
34	2	-2		
35	2	-2		
36	2	-2		
37	2	-2		
38	2	-2		
39	2	-2		
40	2	-2		
41	2	-2		
42	2	-2		
43	2	-2		
44	2	-2		
45	2	-2		
46	2	-2		
47	2	-2		
48	2	-2		
49	2	-2		
50	2	-2		
51	2	-2		



Codages des indices d'implication et d'affiliation (chap 6.4.3.2)

lignes	SE	quotation	TE	quotation	lignes	SE	quotation	TE	quotation
0	0		0		29	0,6	pause (1)	0	
1	0		0		30	0,6	/syll (x4), accentuatio n lex aff (1)	0	
2	0		0		31	0,6		0	
3	0		0		32	0		0	
4	0		0		33	0,5	/syll (x5)	0	
5	0		0		34	0,5		0,2	accentuati on (1) V bas (1)
6	0		0		35	1,6	/syll (x11),	0,2	
7	0		0		36	1,6	lexique aff	0,2	
8					37	1,6	accentué (3), geste (1), accélération (1)	0,2	
9					38	1,6		0,2	vol bas (1) accentuati on (1)
10	0		0		39	0,6		0,2	
11	0		0,1	rire (1)	40	0,6		0,2	
12	0		0		41	0,6		0,2	
13	0		0		42	0,6	/syll (x3), lexique accent (1), geste (1), accélération (1)	0,8	V bas (1), ouc (1), sll (x2), accentuati on (1), lexique aff (2), scansion (1)
14	0		0		43	1,3	/syll (x10),	0	
15	0		0		44	1,3	variation V	0	
16	0,4	pics de variation (2)	0		45	1,3	(1), pic tonalité(1),	0	
17	0,4	ralentissement	0		46	1,3	geste (1)	0	
18	0,4	(1), pause (1)	0		47	0,1		0	
19	0,5	/syllabes (x3), pics de tonalité (1), réduc	0		48	0,1	variation V (1)	0	
20	0,5	Vgénéral (1)	0		49	0,1		0	
21	0		0		50	0		0	
22	0,2	réduc V voix (1) opause (1)	0		51	0		0	
23	0,3		0						
24	0,3	pics de variation (1) lexique de tension (1), pause (1)	0,1	affiliation "lien"(1)					
25	0,3		0,1						
26	0,3	maintien	0,3						
27	0,4	lexique (2), oic tonalité (1), accentuation lexique (1)	0,3	affiliation , rire pause					
28	0		0,1	affiliation pau (1)					

