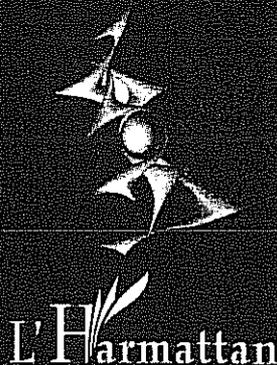

Études d'explications

*Analyse des processus langagiers
dans les entretiens cliniques*

Sous la direction de Nadine Proia

Psychologie de l'interaction
N° 15-16



La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques : les effets pragmatiques des changements de cadre participatif provoqués par un adulte

Michèle Grossen* et Suzanne Diemand Rollet**

* Professeure de psychologie
Université de Lausanne, Institut de psychologie
BFSH2, CH - 1015 Lausanne
michele.grossen@ip.unil.ch

** Psychologue

Résumé. Comment, dans un entretien clinique concernant un enfant, le thérapeute s'y prend-il pour susciter la prise de parole chez l'enfant ? Comment celui-ci répond-il aux sollicitations du thérapeute ? A quels moments sa prise de parole survient-elle et quels effets pragmatiques a-t-elle sur le déroulement de l'entretien ?

Ces questions sont examinées en analysant six entretiens réunissant un ou deux parents, l'enfant et un thérapeute. Les analyses portent sur : 1) l'espace de parole de l'enfant et le rôle de l'enfant dans le changement de cadre participatif ; 2) la manière dont un adulte donne la parole à l'enfant ou la lui retire ; 3) les effets pragmatiques des changements de cadre participatif.

Les résultats montrent que les enfants parlent nettement moins que les adultes et que c'est presque toujours le thérapeute qui change le cadre participatif. Les dialogues où l'enfant participe activement à la définition de son problème sont rares. Toutefois, la non-participation de l'enfant apparaît à la fois comme un accomplissement interactionnel et comme une ressource interactionnelle pour le travail de gestion des places et des identités de chaque participant.

Mots-clés : entretien clinique, cadre participatif, définition du problème, premiers entretiens, consultation pour enfants et adolescents.

Abstract. How, in a first therapeutic interview concerning a child, does the therapist give the floor to the child? How does the child answer the therapist's requests? When does the child speak and what pragmatological effects does it have on the progress of the interview?

In order to answer these questions, the authors analyse six therapeutic interviews with one or two parents, the child and a therapist. The analysis concerned: 1) the quantity of the child's verbal participation and his

or her role in the change of the participational frame; 2) the ways in which the adult gives the floor to the child or takes it back; 3) the pragmatic effects of a change in the participational frame.

The results show that the children speak far less than the adults and that it is almost always the therapist who changes the participational frame. Dialogues in which the child actively participates in the definition of his or her own problem are rare. However, the child's lack of participation appears to be an interactional accomplishment as well as an interactional resource for facework and for the management of the participants' position.

Key-words : therapeutic interview, participational frame, definition of the problem, counselling for children and adolescents.

*La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques :
les effets pragmatiques des changements de cadre
participatif provoqués par un adulte*

Les données présentées dans cet article ont été recueillies dans le cadre du projet de recherche *Analyse psycho-sociale des interactions patient-psychothérapeute lors de consultations motivées par des difficultés d'apprentissage* (contrat n° 11-34261.92 attribué à la première auteure), sauf le corpus ALB. Elles ont aussi fait l'objet d'un mémoire de diplôme portant sur la place des enfants dans l'entretien clinique (Diemand, 1997).

*

* *

1. L'ambiguïté de la place de l'enfant dans la consultation psychologique

Dans le cadre de la consultation psychologique pour enfants et adolescents, la consultation n'est jamais sollicitée par le patient concerné (l'enfant), mais par des tiers : les parents. Ceux-ci jouent donc un rôle central dans la prise en charge de l'enfant¹. L'importance de ce rôle a souvent été souligné par les praticiens et soulève au moins deux séries de difficultés :

- la première tient au fait que la prise en charge de l'enfant passe forcément par l'analyse de la demande des parents, voire de celle du référent quand il y en a un (Berger, 1995 ; Tilmans-Ostyn, 1987) ;
- la seconde renvoie au fait que l'enfant n'est pas nécessairement porteur d'une demande. Ainsi, son implication et sa participation ne sont pas garanties et l'instauration d'un processus thérapeutique peut s'avérer difficile.

Par conséquent, la participation de l'enfant au déroulement de l'entretien constitue, au même titre que celle des parents, un élément essentiel de la création de l'alliance thérapeutique. Toutefois, la tâche du thérapeute s'avère particu-

¹ La situation est d'ailleurs parfois plus complexe puisque les parents peuvent eux-mêmes avoir été incités à consulter par un tiers, comme l'enseignant, le médecin scolaire, l'assistant social, etc.

lièrement délicate puisqu'il doit pouvoir d'une part établir une relation avec les parents tout en préservant celle qu'il a avec l'enfant, d'autre part instaurer un dialogue avec l'enfant sans que les parents ne se sentent exclus ou menacés.

Dans nos travaux précédents (Apothéloz & Grossen, 1996 ; Grossen, 1996), nous nous sommes intéressés à la participation des parents, notamment au travers de l'activité de reformulation déployée dans des entretiens cliniques, mais nous avons négligé la question de la participation de l'enfant. Ce travail a alors précisément pour but de combler cette lacune en examinant la manière dont, dans les **pratiques effectives** de la consultation, l'enfant participe verbalement aux entretiens. Adoptant une perspective dialogique de la communication, nous considérerons qu'un entretien clinique est un type particulier de conversation qui, sans s'assimiler à une conversation quotidienne, en possède néanmoins certaines caractéristiques (voir à ce propos Grossen & Salazar Orvig, 1998 ; Mondada, 1998). Ainsi, l'entretien clinique peut être défini conjointement comme une situation de communication verbale, une situation de représentation et une situation d'interactions sociales :

- En tant que **situation de communication verbale**, l'entretien clinique implique le recours au langage, celui-ci constituant la principale ressource par laquelle patient et thérapeute négocient les significations de certains objets de discours, en l'occurrence construisent une définition du problème et de la demande (Apothéloz & Grossen, 1996 ; Grossen, 1992, 1996 ; Proia, 1994, 1998 ; Salazar Orvig, 1995). Dans la consultation pour enfants et adolescents, l'entretien clinique est une situation de **trilogie** (père/mère, enfant et thérapeute) (Kerbrat-Orecchioni, 1996) ou de **polylogie** dans laquelle chaque participant peut tour à tour avoir le rôle de locuteur, de destinataire désigné ou de destinataire non désigné. Goffman (1987) désigne ainsi par le terme de "**statut participatif**" la relation que chaque membre entretient avec l'énonciation et par le terme "**cadre participatif**" le statut partici-

pationnel de l'ensemble des participants à un moment donné d'une conversation. La notion de cadre participatif renvoie notamment à différents aspects des rôles pris par chaque membre au cours d'une conversation, à la position énonciative de chaque locuteur et au dispositif participatif, c'est-à-dire à l'ensemble des gestes, comportements, conduites verbales, rituels, etc. qui sont habituels dans une situation donnée, ce qui rejoint une autre notion clé de Goffman, celle de cadrage. Selon Goffman, le cadre participatif est sujet à transformation puisqu'il change en cours d'interaction et que : " Il n'est pas rare que le dispositif participatif naturel dans une situation se voie transplanté, consciemment et un peu honteusement, dans un environnement interactionnel où il ne l'est pas du tout " (Goffman, 1987, p. 163). Dans ce travail, nous utiliserons le terme de "**cadre participatif**" pour désigner les paramètres relatifs au nombre de participants et aux rôles de locuteur, destinataire désigné ou non désigné (voir aussi à ce propos Grosjean & Lacoste, 1999 ; Kerbrat-Orecchioni, 1990).

- En tant que **situation de représentation**, l'entretien clinique repose sur ce que Goffman (1974) appelle un **travail de figuration** (*face-work*), c'est-à-dire " tout ce qu'entreprend une personne pour que ses actions ne fassent perdre la face à personne (y compris elle-même). La figuration sert à parer aux " incidents ", c'est-à-dire aux événements dont les implications symboliques sont effectivement un danger pour la face " (Goffman, 1974, p. 15). Se gèrent donc les faces de chaque participant, c'est-à-dire " la valeur sociale positive qu'une personne revendique effectivement à travers la ligne d'action que les autres supposent qu'elle a adoptée au cours d'un contact particulier " (Goffman, 1974, p. 9). Dans toute interaction, les participants cherchent à produire une certaine impression sur autrui, à donner une certaine image de soi ou, selon les termes de Goffman, tentent de faire " bonne figure ", ce travail de figuration passant par la préservation de la face des autres.

- En tant que **situation d'interactions sociales**, l'entretien clinique implique l'instauration d'une relation entre des acteurs sociaux occupant une certaine position dans l'espace social, ayant certains statuts et rôles sociaux. Ainsi, dans un entretien clinique, le statut de l'enfant est doublement asymétrique en raison de la différence générationnelle et de son statut de non-expert par opposition au statut d'expert du thérapeute. Toutefois, par le jeu même du travail interactif, les asymétries et complémentarités données par les rôles et statuts de chacun se négocient. La notion de **place** désigne alors la manière dont, en cours d'interaction, les participants se positionnent les uns par rapport aux autres et accomplissent certains rôles. Comme le relève Vion (1992), la notion de place est à penser de manière dynamique en termes de **rappports de places**, car le positionnement d'un participant est lié à celui des autres participants. Ainsi, loin de se dérouler en fonction de routines ou de rôles préétablis, toute interaction implique la construction de rapports de places qui évoluent sous l'effet même du travail interactif.

Vu sous cet angle, l'entretien clinique concernant un enfant apparaît comme une situation sociale particulièrement délicate. En effet :

- Du point de vue de la gestion des significations du " problème " les parents sont appelés à rendre compte de situations, comportements, sentiments qu'ils n'ont pas vécus eux-mêmes (Peräkylä & Silvermann, 1991) et dont ils ne sont parfois même pas les témoins directs. De plus, les adultes (parents et thérapeutes) sont susceptibles de considérer certains comportements, discours, événements, etc. de l'enfant, comme des signes de difficultés, alors que l'enfant lui-même ne le fait pas ;
- Du point de vue de la gestion des identités, il s'agit d'une situation qui peut potentiellement menacer la face de tous les participants : celle des **parents** parce que la consultation risque de mettre leur image de " bon parent " en cause,

parce qu'ils doivent rendre compte des " difficultés " de leur enfant en sa présence et, enfin, parce qu'ils risquent de voir leur discours désavoué par l'enfant ; celle de **l'enfant** puisque, par définition, la situation est motivée par " ses difficultés " ou " ses problèmes " ; celle du **thérapeute** enfin, car son rôle même d'" agent de changement " suppose qu'il introduise une certaine discontinuité entre son propre discours et celui des parents ou de l'enfant, discontinuité qui est susceptible de menacer les faces de chacun ;

- Enfin, du point de vue de la gestion des places, la participation de l'enfant à l'entretien et au travail interactif est, on l'a dit, une condition essentielle pour qu'il y ait alliance thérapeutique entre le thérapeute et l'enfant, mais cette participation est susceptible de modifier les asymétries liées aux rôles respectifs d'adulte et d'enfant et, par là même, de constituer une menace pour les faces des participants, des parents en particulier.

Si, sur le plan clinique, la participation de l'enfant semble revêtir des enjeux importants pour l'instauration du processus thérapeutique, il est intéressant de constater que les travaux portant sur ce sujet sont très peu nombreux. On ne pourra ici que se référer aux travaux de deux chercheuses suédoises, Ann-Christin Cederborg et Karin Aronsson, la première s'étant penchée sur des entretiens de consultation psychologique, la seconde sur des consultations pédiatriques. Ainsi, dans une série de recherches consacrées à la participation d'enfants âgés de 4 à 17 ans dans des entretiens de famille, Cederborg (1994) montre que les parents sont les partenaires privilégiés des thérapeutes et ont un temps de parole beaucoup plus élevé que les enfants, la participation de ces derniers étant toutefois un peu plus importante si l'on inclut les activités non-verbales de l'enfant. Le plus souvent, les enfants sont en position de participation périphérique et ont un statut de " non-personne ". Selon Cederborg, plusieurs éléments peuvent rendre compte de cette situation. Il y a tout

d'abord le fait que les adultes n'adaptent pas toujours leur discours au niveau de compréhension de l'enfant ; il y a ensuite le fait que les enfants (ceux d'âge préscolaire en particulier) semblent accepter ce statut de participant périphérique et ne cherchent pas à participer, même quand ils sont sollicités par l'adulte. Il y a enfin le fait que les thérapeutes privilégient le point de vue des parents car le négliger reviendrait à perdre l'opportunité d'aider l'enfant. Selon Cederborg, la présence de l'enfant n'a pas pour seule finalité de communiquer avec l'enfant ou d'avoir son point de vue sur ses difficultés. Elle vise aussi à observer les interactions au sein de la famille ou, comme le montre Cederborg dans une étude de cas, à utiliser la présence de l'enfant pour indiquer concrètement aux parents comment ils peuvent gérer le comportement problématique de leur enfant.

Portant sur des consultations pédiatriques motivées par des allergies, Aronsson (1991 ; Aronsson & Rundström, 1988) analyse les conseils que les pédiatres donnent aux parents pour éviter ou limiter les allergies de l'enfant. Elle met en évidence le fait que les pédiatres délivrent leurs conseils de manière indirecte et implicite lorsqu'ils s'adressent aux parents, et de manière directe et explicite lorsqu'ils s'adressent aux enfants. Les pédiatres utilisent aussi des stratégies² qui, tout en laissant entrevoir leur propre point de vue, amènent les parents à prendre eux-mêmes une décision. L'une de ces stratégies consiste à s'adresser indirectement à la mère en parlant à l'enfant. Dans ce cas, même si l'adulte n'est pas un destinataire désigné, son statut de participant n'est pas pour autant périphérique puisque le discours lui est indirectement adressé. La présence de l'enfant est donc exploitée pour pouvoir donner des conseils ou faire des critiques aux parents de manière à protéger les faces des participants. La place de l'enfant est ambiguë car l'enfant peut être utilisé pour différentes stratégies de figuration. Parfois,

² Relevons que le terme de " stratégie " n'est pas très heureux car il laisse entendre qu'il s'agit de stratégie consciente, ce qui n'est bien entendu pas (toujours) le cas.

il est un destinataire désigné, parfois il n'est qu'un participant périphérique, parfois encore il est un moyen pour le médecin de donner, de manière claire mais indirecte, une information susceptible de menacer la face des parents. Dans ce cas, l'enfant est en quelque sorte mis entre parenthèses et traité comme une " non-personne ". Ce constat amène Aronsson à conclure que les significations du discours pourront être différentes selon que l'enfant est considéré comme un participant ou un non-participant. La prise de parole de l'enfant doit par conséquent être examinée en tenant compte, en amont de sa position dans le déroulement de l'entretien (donc de la séquentialité du discours), en aval des effets pragmatiques qu'elle suscite sur la suite de l'entretien.

En bref, on constate que la participation de l'enfant a des effets au niveau de la définition du " problème " à l'origine de la consultation, au niveau de la gestion des identités et au niveau de la construction des rapports de places dans et par l'interaction. Ce constat soulève alors deux séries de questions qui seront au cœur de ce travail :

- Comment le thérapeute s'y prend-il pour susciter la prise de parole chez l'enfant ? Comment ce dernier répond-il aux sollicitations du thérapeute ? Pour répondre à ces questions, nous centrerons nos analyses sur les changements de cadre participatif provoqués par l'adulte (en fait le thérapeute le plus souvent) et mettrons ainsi l'accent sur l'un des aspects du " travail d'orchestration " du thérapeute (Cederborg, 1994), à savoir la manière dont il alloue les tours de parole aux divers participants.
- Comment l'enfant participe-t-il verbalement à un entretien clinique ? A quels moments la prise de parole de l'enfant survient-elle et quels effets pragmatiques a-t-elle sur le déroulement de l'entretien ? En nous attachant à décrire les **effets pragmatiques**, nous entendons souligner que, du point de vue théorique, un dialogue n'est pas une simple addition de contributions individuelles et que le sens du

discours se construit au cours même des interactions (voir par exemple Cosnier, 1998 ; François, 1994 ; Gilly, Roux & Trognon, 1999 ; Kostulski & Trognon, 1998 ; Linell, 1998 ; Marková, Foppa & Graumann, 1995 ; Salazar Orvig, 1999). Nous éviterons donc de parler de la " fonction " de la prise de parole de l'enfant car la notion de fonction présuppose, à notre avis, que l'unité d'analyse est l'individu et sa psychologie " interne ". Elle met par conséquent l'accent sur l'activité et les intentions (ou états mentaux) des individus et néglige le fait que tout dialogue est le résultat d'un **travail interactif** qui crée des effets dont on ne peut dire, du point de vue de l'analyse, s'ils étaient initialement prévus ou " intentionnés " par les participants.

Pour répondre à ces questions, nous nous sommes appuyées sur un ensemble d'entretiens cliniques soumis, comme on le verra, à trois types d'analyse différents.

2. Méthode

2.1. Corpus

Le corpus est constitué de six entretiens cliniques qui se sont déroulés dans deux services de consultation psychologiques pour enfants et adolescents dans deux cantons de la Suisse Romande. Le tableau 1 indique les noms et prénoms d'emprunt des enfants, leur âge et les participants.

Tableau 1 : Composition du corpus

Nom et prénom	Age	Participants
ALB Julien	6 ans	TF, mère, Julien et chercheur 1
GONT Alain	8 ans	TF, mère, Alain
HECT Alice	12 ans	TH, mère et Alice
JUL Bernard	13 ans	TH, père et Bernard
AMB Jean	13 ans	TH, TF, père, mère, Jean et sa sœur
BARN André	14 ans	TH, père, mère, André et ses deux sœurs, chercheur 2

Légende : TF : thérapeute femme ; TH : thérapeute homme.

La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques : les effets pragmatiques des changements de cadre participatif provoqués par un adulte

Tous les entretiens ont été vidéo-enregistrés et retranscrits³ selon les normes de transcriptions données dans l'annexe. La durée des entretiens est d'une heure environ.

2.2. Procédure

Pour la préparation des analyses, nous avons dans un premier temps identifié dans chaque entretien les parties où le cadre participatif implique un adulte et un enfant qui sont dans le rôle de locuteur et de destinataire désigné. Ces parties sont désignées par le terme de *segment*. Ces segments peuvent être de longs dialogues entre l'adulte et l'enfant ou consister en une participation minimale de l'enfant (*oui, non, hochement de tête*). Trois types d'analyse ont ensuite été menés :

- La première analyse de type quantitatif a porté sur le nombre de segments par entretiens, sur l'identité de celui qui ouvre le segment et sur l'espace de parole de l'enfant.
- La deuxième analyse a consisté à décrire différents modes d'ouverture et de clôture des segments ouverts par un adulte.
- La troisième analyse a porté sur **les effets pragmatiques des changements de cadre participatif**. En examinant conjointement : a) le mode d'ouverture et de clôture des segments ; b) la position du segment dans l'entretien ; c) la continuité/discontinuité thématique entre le discours qui précède le segment et celui qui lui succède ; d) le travail interactif accompli dans le segment, nous avons dégagé quatre groupes de segments présentant des caractéristiques communes du point de vue de leurs effets pragmatiques sur la dynamique de l'entretien.

³ Remarquons que pour des raisons d'accès aux données, l'âge des enfants est variable. Le terme " enfant " est donc à comprendre au sens de " fils de " ou " fille de ".

Dans le cadre de cet article, nous nous limiterons à présenter les résultats de la troisième analyse. Toutefois, du fait qu'elle repose sur les résultats des deux premières analyses, les résultats de ces dernières seront tout d'abord brièvement rapportés.

3. Résultats

3.1. La participation de l'enfant et les modes d'ouverture et de clôture des segments ouverts par un adulte : principaux résultats

L'analyse des entretiens a montré que sur 131 segments mis en évidence dans l'ensemble du corpus :

- 63 étaient ouverts par le thérapeute. Sur ces 63 segments, 8 s'adressaient à un frère ou à une sœur du patient pour lequel la consultation était demandée ;
- 15 étaient ouverts par le père ou la mère ;
- 53 étaient ouverts par l'enfant.

Au total, 78 segments sont donc ouverts par un adulte et 53 par l'enfant. Mais si l'enfant a une large part dans le changement de cadre participatif, l'analyse montre toutefois que son espace de parole est bien moindre que celui de l'adulte puisque pour cinq entretiens, il varie entre 2 et 9% de l'espace de parole total et pour un entretien, il s'élève à 20%⁴.

Analysant ensuite les modes d'ouverture et de clôture des segments ouverts par un adulte, nous avons mis trois **modes d'ouverture** en évidence :

⁴ Le calcul de l'espace de parole a été mesuré en nombre de mots et exprimé en pourcentage du nombre de mots énoncés par les adultes sur l'ensemble de l'entretien. Ce critère est bien entendu discutable mais permet néanmoins de se faire une idée de la manière dont adultes et enfants occupent l'espace de parole.

⁵ Il s'agit d'une technique d'entretien consistant à demander à plusieurs membres de s'exprimer sur la réaction des autres.

■ **Mode 1 : Le thérapeute invite l'enfant à réagir au discours des adultes.**

Cette invitation s'effectue de trois manières différentes :

- a) par une reformulation du discours du père et/ou de la mère adressée à l'enfant sous forme interrogative, comme *quand tu entends ce que dit ton père...* ;
- b) par une question s'inscrivant dans une routine de questionnement circulaire⁵ ;
- c) par une question ouverte du type *qu'est-ce que tu en penses*.

■ **Mode 2 : Le thérapeute adresse à l'enfant une demande d'information.**

Le thérapeute change le cadre participatif en posant à l'enfant une question qui, au niveau littéral, est une demande d'information, portant par exemple sur les frères et sœurs.

■ **Mode 3 : La mère adresse à l'enfant une question ou une demande de confirmation.**

Relevons enfin que sur l'ensemble des segments ouverts par un adulte, 11 segments ne relèvent d'aucun de ces trois modes. Parmi eux, 6 sont situés soit au début de l'entretien et concernent un rituel de présentation de soi mise en place par le thérapeute (BARN), soit à la fin de l'entretien (BARN, ALB et HECT), le thérapeute s'adressant à l'enfant pour fixer le prochain rendez-vous.

Quant aux **modes de clôture**, nous en avons trouvé de cinq types :

■ **Mode A : Le thérapeute clôt le dialogue avec l'enfant en s'adressant à un autre participant.**

■ **Mode B : Le père ou la mère répond à la place de l'enfant.**

Le père ou la mère interrompt le dialogue entre le thérapeute et l'enfant ou ne laisse pas l'enfant répondre.

- **Mode C : Le père ou la mère reprend la parole à la faveur d'un silence.**
- **Mode D : La mère clôt le dialogue qu'elle a initié avec l'enfant et s'adresse au thérapeute.**
- **Mode E : Le thérapeute reprend la parole à la faveur d'un silence.**

Le tableau 2 présente la fréquence des modes d'ouverture en fonction des modes de clôture⁶.

Tableau 2 : Fréquence des modes d'ouverture en fonction des modes de clôture

Modes d'ouverture	Modes de clôture					n
	A Clôture par TH	B Parent répond à la place	C Parent reprend après un silence	D La mère clôt	E TH reprend après un silence	
1 TH invite l'enfant à réagir	18	4	1	-	2	25
2 Demande d'information de TH	10	11	6	-	1	28
3 Question ou demande de confirmation de la mère	-	-	-	14	-	14
Autres	9	-	1	-	-	10
n	37	15	8	14	3	77

Les modes d'ouverture 1 (invitation) et 2 (demande d'information) sont les plus fréquents. Relevons en outre que parmi les 25 segments du mode 1, la plupart (15) se présen-

⁶ L'analyse porte sur 77 segments car un segment ouvert par le thérapeute n'a pas été classé parce que l'enregistrement de la clôture du segment a été interrompu.

tent sous la forme d'une reformulation du discours du père ou de la mère, 7 relèvent d'une routine de questionnement (entretien BARN) et 3 sont une question ouverte. Sur les 14 segments du mode 3, 12 s'observent dans un seul entretien (GONT). Quant aux 11 " autres " segments, ils sont tous ouverts par un thérapeute, sauf un.

En ce qui concerne les modes de clôture, le mode A regroupe environ la moitié des segments, les modes B et D environ un cinquième.

En examinant le lien entre mode d'ouverture et mode de clôture, on observe que le mode d'ouverture 1 est associé au mode de clôture A, autrement dit quand le thérapeute invite l'enfant à réagir au discours du père ou de la mère, il tend ensuite à clore lui-même le dialogue. Par contre, lorsqu'il adresse une demande d'information à l'enfant (mode d'ouverture 2), dans plus de la moitié des cas, c'est le père ou la mère qui répond, soit qu'il prenne le tour de parole alloué à l'enfant (mode B), soit que l'enfant ne profite pas du tour de parole qui lui est alloué (mode C). Quant au mode d'ouverture 3, il est toujours associé au mode de clôture D (la mère clôt) et s'observe surtout dans un seul entretien.

3.2. Les effets pragmatiques des changements de cadre participatif provoqués par un adulte

La troisième analyse porte sur les 67 segments qui sont ouverts par un adulte et dont le mode d'ouverture et de clôture a pu être déterminé (cf. tableau 2). En considérant :

- a) les modes d'ouverture et de clôture des segments ;
- b) la position de ces derniers dans l'entretien ;
- c) la continuité/discontinuité thématique entre le discours qui précède et celui qui suit ;
- d) le travail interactif accompli au cours même du dialogue entre l'enfant et l'adulte,

nous avons identifié quatre groupes de segments présentant

des caractéristiques communes du point de vue de leurs effets pragmatiques, même si un segment est susceptible d'avoir plusieurs effets.

Chacun de ces groupes est désigné par l'effet pragmatique principal qu'il suscite : la confrontation de points de vue (3.2.1), la mise entre parenthèses de l'enfant (3.2.2), la réfutation et l'exclusion du discours du père ou de la mère (3.2.3), la gestion des identités de la mère et de l'enfant (3.2.4).

3.2.1. La confrontation de points de vue

Le **premier groupe** comprend 16 segments dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Le thérapeute ouvre le segment en invitant l'enfant à réagir au discours du père ou de la mère (mode d'ouverture 1). Sur ces 16 invitations, 7 sont des reformulations, 7 des routines de questionnement circulaire et 2 des questions ouvertes ;
- Tous les segments sont clos par le thérapeute (mode A) ;
- Dans 12 segments, l'ouverture de ces segments s'opère après une ou plusieurs interventions au cours desquelles le père ou la mère a tenté de décrire ou d'expliquer⁷ les difficultés de l'enfant, ou encore d'esquisser des solutions possibles. Dans 4 segments, l'ouverture fait suite à un discours portant non pas directement sur les difficultés de l'enfant, mais sur un événement en relation avec les difficultés de l'enfant, cet événement pouvant d'ailleurs avoir valeur d'explication ;
- Si l'on considère les segments qui impliquent l'enfant pour lequel la consultation a été demandée (soit 11), on constate que tous sauf un donnent lieu à des dialogues de plu-

⁷ Notons au passage que la différence entre description et explication de la difficulté ne va pas de soi, puisque la manière même de décrire un comportement ou un état mental oriente les explications causales possibles, de même que les explications implicites ou explicites que nous avons orientent notre description.

La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques : les effets pragmatiques des changements de cadre participatif provoqués par un adulte

sieurs tours de parole dans lesquels l'enfant donne des réponses élaborées, initie de nouveaux thèmes et donne une ou plusieurs définitions de ses difficultés.

L'analyse montre que l'effet pragmatique principal de ces segments est de susciter une confrontation entre les points de vue que parents et enfant ont sur les difficultés de l'enfant, leurs causes et les solutions possibles envisagées. A ce propos, il faut se rappeler que dans ce type d'entretien, c'est aux parents que revient le droit de s'exprimer en premier lieu sur les difficultés de l'enfant. Ils peuvent le faire de deux manières différentes :

1°) En s'appuyant sur leurs propres observations et explications, comme le fait la mère de Julien :

[1] (ALB12, 424-433)

M : [bon on a des jours] ça veut dire il y a des jours je lui dis il fait ça, si je le prenais le matin de bonne humeur, il finit la journée de bonne humeur, mais si le matin il se réveille déjà de mal humeur heu alors là toute la journée il faut que moi, je fasse l'effort de dire heu je vais continuer comme ça pour qu'il arrive, mais des fois c'est pas possible, j'ai pas lui seul heu j'ai l'autre alors il faut=

TF : hmm

M : =que les deux se comprennent, que je suis pas + c'est pas les seuls

TF : Julien c'est vrai qu'il y a des jours où tu te réveilles de mauvaise humeur'

J : (acquiesce d'un signe de tête)

TF : hmm qu'est-ce qui te pèse alors quand tu te lèves le matin' qu'est-ce que tu te dis' (...)

TF change le cadre participatif en reformulant le discours de M et en l'adressant à Julien sous forme interrogative. S'ouvrira alors un long dialogue au cours duquel l'enfant fournira sa propre explication sur ses difficultés. Ainsi, dans la suite de ce même segment, Julien, dont la consultation est notamment motivée par des problèmes relationnels avec ses

camarades ("agressivité"), en vient à raconter qu'il rêve de monstres et de copains qui le tapent, et il donne finalement l'explication suivante :

[2] (ALB12, 471-479)

1TF : (...) ah oui donc tu rêves tu rêves [que tes]=

2J : [et pis ap-]

3TF : =copains l'attaquent alors ou ils l'embêtent'

4J : ouais

5TF : hmm hm=-

6J : =alors maintenant après c'est moi qui le fait

7TF : hmm + alors donc tu pars du mauvais pied à l'école alors'

8J : (acquiesce d'un signe de tête)

9TF : hmm + (...)

Julien (6J) donne une explication non seulement de la "mauvaise humeur" dont M a fait état et sur laquelle TF l'a interrogé, mais aussi des raisons pour lesquelles il est parfois en conflit avec ses camarades. Ce faisant, il fournit au thérapeute **des informations de première main (ou directes)** sur la manière dont il vit et perçoit ses difficultés. Autrement dit, la confrontation entre le point de vue de la mère et celui de l'enfant se double d'une différence dans le rapport au discours puisque la mère parle de l'expérience de quelqu'un d'autre, alors que l'enfant parle d'une expérience personnelle vécue.

2°) Le père ou la mère peuvent aussi donner des observations ou des explications qui leur ont été rapportées par un tiers, comme le fait la mère d'Alain :

[3] (GONT3, 112-126)

1TF : vous avez l'impression qu'il a de bons contacts avec ses copains'

2M : oui il a des il a des il a des bons contacts mais justement la la maîtresse m'a aussi dit qu'à l'éco- il s'entend bien,

3TF : hmm

4M : il a des des bons copains même des copines mais justement il est

*La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques :
les effets pragmatiques des changements de cadre
participatif provoqués par un adulte*

assez brusque aussi dans son dans son dans ses comportements
c'est un::

5TF : [un direct]

6M : [petit peu] un exalté, un direct ouais ouais +

7TF : alors il est brusque et puis ça provoque des réactions'

8M : ouais

9TF : de la part des autres'

10M : ouais

11TF : ((se tourne vers A)) comment ils réagissent quand tu es brusque'
ça veut dire quoi que tu es brusque' tu donnes des coups de pieds
ou des coups de poings ou ou ou tu les engueules' comment ça se
passe'

M (2M et 4M) rapporte les observations de l'enseignante et introduit une mise en mot (*brusque*) que TF reformule d'abord à l'intention de M (7TF), puis reprend en 11TF à l'intention de l'enfant (mode d'ouverture 1). L'enfant se mettra alors à raconter comment, de son point de vue, se déroulent ses relations avec ses camarades et fournira là aussi des informations qui reposent sur sa propre expérience.

Le changement de cadre participatif survient parfois aussi après que le père ou la mère ont exposé une solution qu'ils ont envisagée, voire appliquée :

[4] (BARN12, 1013-1032)

P a affirmé qu'André "doit se prendre en charge", que "c'est quand même à lui de voir". TH demande à Valentine, la sœur d'André de réagir au discours de P :

1TH : (...) ((se tourne vers V)) et pis toi si t'étais dans la la position de de André [à l'école que tout d'un coup]=

2V : [ça fait drôle] (rires)

3TH : = t'aies des difficultés des difficultés à l'école qu'est-ce que tu en penses que toi tu souhaiterais' tu souhaiterais que tes parents: soient toujours derrière toi pour te dire ce que tu dois faire ou bien qu'ils qu'ils soient là pour t'aider pour te pousser' t'attendrais plutôt ça d'eux ou bien tu attendrais plutôt ah non mais laissez laissez-moi

- euh même si j'ai une mauvaise phase je m'en sortirai qu'est-ce qu'est-ce qui qu'est-ce que tu [souhaiterais toi']
- 4V : [ben moi si] j'étais dans sa position tout ça par rapport à l'école ben j'essayerais de travailler plus parce que j'ai jamais été une mauvaise élève quoi c'est pas qu'il est [mauvais mais-] (rires de M)
- 5TH : d'accord toi tu travaillerais plus mais par rapport à tes parents admettons que ça va pas qu'est-ce que tu qu'est-ce que tu aimerais avec tes parents' qu'est-ce que tu attendrais de tes parents'
- 6V : ben qu'ils m'aident qu'ils m'expliquent ce que je comprends pas quoi [xx]

Par ses contributions, la sœur (4V et 6V) devient une ressource possible dans la recherche d'une solution alternative. Mais cette confrontation comprend toutefois le risque de désavouer la solution proposée initialement par le père et, à ce titre, de menacer la face des participants. C'est ce que montre l'extrait suivant dans lequel le thérapeute demande finalement à André lui-même quelle serait à son avis l'attitude éducative que ses parents devraient adopter à son égard :

[5] (BARN15, 1130-1137)

- 1TH : mais toi tu aimerais qu'ils viennent en te disant écoute maintenant c'est comme ça: euh tant que tu as des notes insuffisantes de français on fait tous les jours une petite dictée de cinq lignes'
- 2A : j'aimerais qu'ils viennent mais pas spécialement tous les jours
- 3TH : ahha, alors tous les deux jours' +
- 4A : ouais ben: ouais (rires) maximum ouais
- 5M : < (rires) c'est pas tombé dans l'oreille d'un sourd >=
- 6P : = quand tu as envie quoi + +
- 7TH : hmm d'accord, non mais ce que j'essaie de voir en fin de compte c'est vrai que y a y a c'est une période qui est difficile parce que à la fois il ai- il ai- il aimerait être indépendant pis à la fois euh: bon alors est-ce qu'il faut parfois laisser tomber un moment pis laisser vaciller' ou bien est-ce qu'il faut il faut il faut le prendre en main' c'est:

La solution préconisée par André (2A : *j'aimerais qu'ils viennent mais pas spécialement tous les jours*) montre que la confrontation des points de vue de chacun n'est pas

sans danger pour les faces de chacun : la réaction de M montre bien sa position de destinataire non désignée (5M : *ce n'est pas tombé dans l'oreille d'un sourd*) et laisse supposer que ce qu'elle a entendu pourrait avoir certaines conséquences ; la réaction de P (6P : *quand tu as envie quoi*) impute à André certaines intentions qui, dans ce contexte, semblent dépasser le simple constat et relever d'une accusation implicite. Quant à la réaction du thérapeute (7TH), elle se présente comme un travail de réparation des faces, ce qui, du point de vue de l'analyse, confirme après coup que l'intervention d'André a bien constitué une menace pour la face des parents.

Ainsi, en invitant l'enfant à réagir, le thérapeute expose les parents à se voir publiquement contredits par l'enfant. Quant à l'enfant, il risque de se trouver dans la situation socialement délicate d'être en désaccord avec ses parents. Finalement, le thérapeute peut aussi voir sa propre face menacée, d'une part parce que l'enfant pourrait profiter de sa présence pour montrer son désaccord à ses parents et le mettre ainsi à la place d'arbitre ; d'autre part parce qu'en ayant le point de vue de l'enfant, le thérapeute trouve une occasion supplémentaire de se construire sa propre définition des difficultés de l'enfant et pourrait être amené à les confronter à celle des parents.

On relèvera enfin que la confrontation de points de vue suscitée par le thérapeute peut avoir des effets au niveau de la gestion thématique et relationnelle. Dans l'extrait [6], le thérapeute s'adresse à l'enfant après un long discours de la mère portant sur le fait que l'enseignante donne trop de devoirs :

[6] (HECT9, 456-466)

- 1M : euh alors bon ils préconisent une demi-heure de devoirs tous les jours (forte aspiration) mais il y a des jours on en a pour deux heures
- 2TH : hmm, c'est beaucoup,
- 3M : oui mais quand [je le dis on on on lève]=

- 4A : [xxx]
5M : =les yeux au ciel on me dit c'est pas possible, j'ai dit mais moi j'en ai pour deux [heures']
6A : [xx]
7M : comme le lundi ils ont des maths, elle rentre à quatre heures' avant six heures six heures et demi on n'a pas fini,
8TH : Alice toi tu dis que elle vous donne trop de devoirs'
9A : oui il y a des lundis je trouve qu'elle exagère un peu (...) comme ça pis après moi j'arrive plus à suivre
10M : oui elle est un peu lente alors automatiquement=

La reformulation du thérapeute (8TH : *Alice toi tu dis qu'elle vous donne trop de devoirs*) (mode d'ouverture 1) reprend le thème initié par M et sollicite une confrontation entre le jugement de la mère et celui de la fille. Alice (9A) commence par confirmer les dires de sa mère, mais fait ensuite une auto-évaluation (9A : *j'arrive plus à suivre*), que M (10M) reprend. Le travail interactif a alors pour double effet de recentrer le discours de la mère sur l'enfant en amenant la mère à abandonner le thème initié et à attribuer les difficultés de sa fille à une caractéristique personnelle de l'enfant (sa "lenteur").

3.2.2. La mise entre parenthèses de l'enfant

Le deuxième groupe identifié par l'analyse comprend 29 segments qui se présentent comme suit :

- 22 segments sont ouverts par le thérapeute qui fait une demande d'information (mode d'ouverture 2) et 7 segments sont ouverts par le thérapeute qui invite l'enfant à réagir au discours du père ou de la mère (mode d'ouverture 1). Dans ce cas, la demande est toujours une reformulation qui prend la forme d'une question fermée à laquelle il est possible de ne répondre que par *oui* ou par *non* ;
- Dans 22 segments, l'enfant répond de manière littérale à la demande du thérapeute en reprenant sous forme assertive les termes mêmes de la question, ou en répondant par un simple *oui* ou *non*, ou encore par un hochement de la tête,

ce qui a pour effet de clore le dialogue. 7 segments donnent lieu à un dialogue de plusieurs tours de parole et sont tous constitués d'une succession de questions et de réponses qui se poursuit jusqu'à ce que le thérapeute cesse de relancer, ou que le père ou la mère reprenne la parole ;

- La fermeture de ces segments relève plus souvent des parents (20 segments) que du thérapeute (9 segments) ;
- Ces segments se situent tous dans la continuité du discours du père ou de la mère.

Ces observations incitent à s'interroger sur les raisons de la brièveté des dialogues ainsi ouverts. L'analyse a permis de dégager quatre raisons principales :

- La **première raison** est que l'enfant se limite à fournir l'information demandée, montrant qu'il interprète la question du thérapeute au niveau littéral, mais aussi que le thérapeute accepte le plus souvent cette interprétation littérale sans poursuivre le questionnement ;
- La **deuxième raison** tient au fait d'une part que le père ou la mère traitent eux aussi l'invitation ou la demande du thérapeute comme une question d'information et s'autorisent à y répondre à la place de l'enfant ; d'autre part que le thérapeute accepte cette intrusion du père ou de la mère dans le changement de cadre participatif qu'il a initié. En voici une illustration :

[7] (HECT24, 944-947)

- M : et elle a elle a parfois des réactions qui sont pas des réactions d'une enfant qui va bientôt avoir treize ans
TH : hmm + ((à A)) c'est vrai tu as treize ans'
M : oui elle va avoir treize ans et des fois il me semble (aspiration) bon (...)

Le fait que TH s'adresse à Alice en reprenant une information que M vient de donner (et dont il disposait d'ailleurs déjà dans son dossier) suggère que son intervention

visait peut-être à faire participer l'enfant, laquelle n'a pas pris la parole depuis longtemps. Quoi qu'il en soit, M traite la question de TH comme une demande de confirmation à laquelle elle s'autorise à répondre à la place de l'enfant avant de poursuivre son discours, TH la laissant s'arroger ce droit. Relevons au passage que le fait que M traite la question au niveau littéral pourrait aussi relever d'une stratégie pour poursuivre son propre discours.

Le même phénomène s'observe dans le cas suivant où la question de la thérapeute reformule un terme utilisé par la mère (mode d'ouverture 1) :

[8] (GONT13, 481-488)

TF : (à M) lui il aime, + et pis par rapport à la langue, votre mari est suisse-allemand

M : hmm

TF : est-ce qu'il est bilingue'

M : oui oui il est tout à fait bilingue alors

TF : ((à A)) donc papa te parle allemand et maman te parle français'

A : l'allemand et le français [aussi]

M : [ouais ouais]

TF : hmm c'est un mélange un peu'

M : ouais ouais

TF : mais vous lui- vous lui parlez systématiquement français ou bien vous mélangez'

La reformulation de TF pourrait ici être interprétée de quatre manières différentes au moins : comme une manière de s'assurer que l'enfant comprend le sens du mot " bilingue " ; de confronter les points de vue de la mère et de la fille ; d'utiliser un élément du discours de la mère pour faire participer l'enfant ; d'obtenir indirectement plus d'informations. En l'occurrence, c'est selon cette quatrième manière que M la traite en reprenant la parole avant la fin du tour de parole de son fils, sans que TF ne s'y oppose.

Ainsi, lorsque le père ou la mère répond à la place de l'enfant (mode de clôture B) ou reprend la parole à la faveur d'un silence (mode C), il est extrêmement rare que le théra-

peute s'y oppose. Il le fait cependant dans l'entretien JUL qui comprend trois segments dans lesquels le thérapeute continue de s'adresser à l'enfant bien que le père reprenne toujours la parole, ce qui dans cet entretien est peut-être dû au fait que le père répond très souvent à la place de son fils.

■ **La troisième raison** est que le questionnement du thérapeute peut, comme on l'a déjà montré, constituer une menace pour la face de la mère et de l'enfant, comme l'illustre l'extrait suivant :

[9] (ALB23, 897-905)

M raconte que Julien a eu du mal à accepter la naissance de son petit frère. Après avoir relevé que maintenant " ça se passe bien " et que Julien joue avec son frère, elle parle brièvement des copains de Julien, mais TF revient sur le thème du frère en s'adressant à l'enfant (mode d'ouverture 2) :

1TF : à quoi tu joues avec ton frère' +++

2J : <je sais pas pff> des fois on joue avec des voitures ++

3TF : vous jouez avec des voitures hmm d'accord ++ tu es- tu es dans la même chambre que lui'

4J : hmm

5TF : hmm ++ et et tu es content d'être dans la même chambre que lui'

6J : oui

7TF : ouais, + hmm d'accord +

8M : moi je: les mets les deux ensemble parce que si je mets un dormir avant l'autre ++ [ça va pas]

Suite à la réponse littérale de l'enfant, TF (3TF) pose une nouvelle question portant sur un thème que M n'a pas abordé (*tu es dans la même chambre que lui*). On peut considérer le fait que M (8M) explique pourquoi les deux frères dorment dans la même chambre comme un signe montrant que le questionnement de la thérapeute constituait une menace potentielle pour la face de la mère.

■ **La quatrième raison** est que le changement de cadre par-

ticipatif survient parfois après un épuisement thématique dans le dialogue entre adultes, ou succède à un échange dans lequel certains désaccords apparaissent. Le dialogue entre le thérapeute et l'enfant se présente alors comme une sorte d'intermède dans le dialogue entre adultes ou, pour le dire autrement, comme une sorte de tremplin qui permet au dialogue entre adultes de rebondir :

[10] (AMB8, 494-507)

- 1TH : hmm (toux) oui donc euh: + oui on peut ima- imaginer que c'est pas un problème d'intelligence hein' =
2M : = non non [non non]
3TH : [ça ressemble pas:]
4TF : [<on dirait pas en tout cas>]
5M : non non non
6P : pis surtout c'est c'est un enfant qui: qui: lit beaucoup il est tout le temps en train de lire [lire]
7TF : [il est curieux]
8P : lire lire lire + n'importe quoi qui lui tombe dans les mains, c'est toujours lire lire
9TF : [hmm]
10TH : [hmm]
11TF : donc tu aimes lire même quand le français c'est des fois un peu difficile c'est plutôt

Dans sa reformulation (mode d'ouverture 1), TH (1TH) propose pour la première fois une définition du problème amenant à exclure un " problème d'intelligence " ⁸. Alors que M (2M, 5M) se limite à approuver cette définition, P apporte ce qui semble être un argument à l'appui de la définition du problème proposée par TH (6P : *c'est un enfant qui lit beaucoup*). Son intervention ne suscite toutefois qu'une simple ratification (*hmm*) de la part des deux thérapeutes, ratification après laquelle TF (11TF) s'adresse à l'enfant.

⁸ Pour un travail portant sur la manière dont la thématique de l'" intelligence " est traitée dans ce même corpus, voir Grossen & Apothéloz (1998).

Tout en reprenant le thème de la lecture, la question de TF a pour effet pragmatique de faire sortir de la scène conversationnelle l'argument selon lequel l'attrait de l'enfant pour la lecture serait un argument en faveur de son " intelligence ". On peut faire l'hypothèse qu'est ainsi évité un risque de divergence entre le point de vue du père et celui des thérapeutes.

3.2.3. La réfutation ou l'exclusion du discours du père ou de la mère

Le troisième groupe comprend 8 segments :

- Parmi eux, 6 sont ouverts par une demande d'information (mode 2) et 2 par une invitation à réagir au discours des parents (mode 1) ;
- Sur ces 8 segments, 3 sont clos par les parents ;
- 4 donnent lieu à des réponses succinctes de l'enfant, les 4 autres sont des dialogues constitués d'une suite de questions et de réponses relancées par le thérapeute ;
- Tous ces segments provoquent une rupture thématique.

L'analyse montre que l'intervention du thérapeute a plusieurs effets pragmatiques. Elle a tout d'abord pour double effet d'exclure de la scène conversationnelle un thème discuté par le père ou la mère, et de recentrer l'attention des participants sur l'enfant et ses difficultés :

[11] (JUL7, 485-497)

- 1P : =moi j'trouve que c'est un respect aussi du maître, e-c-c'est toute notre vie qu'on on [on]=
2TH : [hmm]
3P : =supporte ses conséquences, qu'on aura des chefs qu'on aura des gens qu-qu'il faudra respecter même des fois que ça va pas toujours tout seul mais c'est comme ça la vie
4TH : hmm
5P : alors faut déjà quand on va à l'école si on: on ne respecte déjà pas

le- celui qui nous explique comment on veut faire à 16 ans quand on est en apprentissage puis que:

6TH : hmm

7P : xxx

8TH : tu t'entends comment avec ton maître, c'est monsieur M.' (regarde ses fiches)

(...)

9TH : ((à Bernard)) <vous vous entendez bien d'accord> ((à P)) vous le connaissez' vous avez discuté avec [cette personne']

Par sa question (mode d'ouverture 2), TH (8TH) introduit une discontinuité thématique, puisque le discours de P porte sur le respect dû au maître, alors que celui de TH porte sur la relation entre l'enfant et son maître. En s'adressant à l'enfant, TH interrompt le discours de P d'une manière socialement acceptable (de fait P laisse parler l'enfant) tout en prenant interactionnellement la place de meneur de cette rencontre et en recentrant le discours sur l'enfant et sa relation avec le maître, alors que le discours de P tendait à s'en éloigner.

Mais l'exclusion du père ou de la mère de la scène conversationnelle a au moins deux autres effets pragmatiques :

1°) Le changement de cadre participatif peut fournir au thérapeute une occasion de donner sa propre définition du problème :

[12] (GONT9, 338-349)

M parle longuement des conflits qui l'opposent à son fils.

1TF : donc c'est pour des choses comme ça que vous avez des conflits [en général']

2M : [à la maison en tout cas oui]

3TF : ((à A)) et pis euh tu as un frère ou une sœur'

4A : non

5TF : tu es tout seul' +

6A : ouais

7TF : enfant unique comme on dit

8A : hmm ++

*La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques :
les effets pragmatiques des changements de cadre
participatif provoqués par un adulte*

9TF : ((à M)) et donc c'est clair que tout se tourne autour de lui [hein']

10M : [hmm ouais]

11TF : c'est-à-dire que vous avez lui et pis il fait il fait ce qu'il peut hein' et pis euh dans l'obéissance il a un peu de difficulté à vous obéir à:

La question de TF (3TF) (mode d'ouverture 2) suscite une réponse minimale de l'enfant. TF propose ensuite une reformulation (7TF : *enfant unique comme on dit*), puis s'adressant à M, elle en tire une conclusion (9TF : *donc tout tourne autour de lui*) qui constitue une caractérisation de la catégorie " enfant unique ". Sur la base de cette caractérisation, TF (11TF) propose une définition du problème (*difficultés à vous obéir*) qui fait apparaître le fait d'être " enfant unique " comme une cause possible.

2°) Le changement de cadre participatif peut aussi dans certains cas constituer une **réfutation** de certains aspects du discours développé par le père ou la mère :

[13] (ALB21, 777-783)

M a parlé du bilinguisme de Julien et émis l'idée que, pour éviter d'éventuels problèmes scolaires dus à son bilinguisme, elle serait prête à cesser de parler sa langue d'origine en famille et à laisser le père parler avec l'enfant :

1M : =alors bon ce serait son papa qui parlerait parce que son père il a fait l'école ici

2TF : hmm et qu'est-ce que tu: tu penses toi Julien'

3J : je pense que c'est bien

4TF : tu penses que c'est bien, de pouvoir parler les deux langues'

5J : (acquiesce d'un signe de tête)

6TF : c'est ça' + hmm + d'accord + ((se tourne vers M)) et puis heu: donc heu: on en était au niveau du langage, est-ce que: + enfin à quel âge est-ce qu'il a été propre'

TF (2TF) adresse à l'enfant une question ouverte

(mode d'ouverture 1), mais la réponse de Julien (3J : *je pense que c'est bien*) contient une ambiguïté sur le référent de l'anaphore *c'*. La question de TF (4TF) introduit alors sous forme interrogative un référent possible (*pouvoir parler les deux langues*). Celui-ci ne s'inscrit pas dans la continuité directe du discours de M qui ne parlait pas du bilinguisme proprement dit, mais proposait de modifier les pratiques langagières familiales. En acquiesçant à la question de TF, l'enfant (5J) est alors implicitement amené à réfuter la proposition de sa mère (1M : *ce serait son papa qui parlerait*) et à faire une évaluation positive sur les pratiques langagières familiales. Après avoir clos l'échange avec l'enfant, TF change de thème et revient au questionnement anamnétique initié auparavant.

Le même phénomène s'observe aussi dans l'extrait suivant :

[14] (JUL6, 375-398)

1P : (...) on a eu une vie assez dure jeune, et puis l'école l'école c'était pas comme aujourd'hui faut dire qu'ils avaient 40 élèves hein' mais: on a on a remarqué que: qu'il y avait des TRES intelligents puis des TRES doués finalement + leur vie ils l'ont pas beaucoup mieux réussie que bien des autres [que:]=

2TH : [hmm]

3P : =ils avaient un peu plus de mal, moi + bon je vois c'est comme ça y a des gens comme ça puis voilà [on n'en parle plus]

4TH : [hmm hmm] est-ce que toi tu as discuté avec ta maman je pense hein' qu- qu'est-ce qu'elle t'a expliqué pourquoi: pourquoi elle pense que c'est bien que tu viennes ici' qu'est-ce qu'elle t'a dit'

5B : elle m'a expliqué que peut-être si que si je venais je travaillerais peut-être un peu mieux à l'école + parce qu'on arriverait peut-être mieux à m'expliquer + xx

6TH : hmm ++ hmm parce que c'est- tu travailles mal à l'école ou bien' c'est qui qui dit que tu travailles mal à l'école'

7B : ben y en a des qui sont à côté de moi qui:=

8TH : =hmm'

9B : y en a des qui sont à côté de moi et qui disent ouais tu es nul tu y arriveras pas

*La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques :
les effets pragmatiques des changements de cadre
participatif provoqués par un adulte*

(...)

10B : [ben par] exemple quand il y en a un qui est contre moi pis y a tous les autres qui s'y mettent puis ils s'excusent tout de suite après

11TH : ouais=

12P : =mais Bernard c'est un distrait, (...)

La demande de TH (4TH) qui change brusquement le thème du discours de P (mode d'ouverture 1), amène le fils à fournir certaines informations sur sa situation scolaire, met fin au discours général que P tient sur l'école et la réussite scolaire, et recentre le discours sur le fils. Par la confrontation entre les points de vue du père et du fils, l'enfant en vient à désavouer le point de vue du père qui, dès le début de l'entretien, minimise les difficultés de l'enfant. En atteste la clôture du segment opérée par P (12P : *mais Bernard c'est un distrait*) où celui-ci introduit, sur le mode de la réfutation, un nouvel élément à partir duquel il minimisera à nouveau les difficultés de l'enfant en énumérant tout ce qu'il sait faire en dehors de l'école.

Le changement thématique opéré par l'intervention du thérapeute et la réfutation qu'elle implique parfois sont étroitement liés à la **gestion de la relation et des identités** de chacun :

[15] (BARN11, 912-925)

TH a demandé à P si, à son avis, André devrait encore ou non être contrôlé par ses parents. P soutient l'idée que André devrait être capable de se prendre en charge :

1P : (..) je lui ai expliqué les risques avec le chômage ou autre d'une personne qui a: qui a pas de de diplôme entre autres ou autre sur le marché du du travail il a encore beaucoup plus de problème qu'un autre

2TH : oui je crois qu'il- toi tu l'as dit toi-même t'as ta petite idée euh elle est liée quand même à l'école secondaire hein donc en tout cas ça te simplifierait je pense de de de faire ce que tu voudrais si t'avais l'école secondaire d'après ce que [j'ai]=

3A : [ouais]

- 4TH : = bien compris
5A : de toute façon dans tous les métiers
6TH : ouais + + oui ça dépend pas FORCEMENT pas FORCEMENT
*mais c'est en tout cas c'est vrai que: c'est un plus on va pas le nier
à: de nos jours que la situation ça:* ((*doucement*)) + et pis pour
vous ((se tourne vers M)) (...)

TH (2TH) s'adresse d'abord à P, puis s'interrompt pour s'adresser à André en reprenant un élément de la discussion, à savoir le métier qu'il souhaiterait faire. Sa formulation souligne que l'apprentissage de ce métier suppose qu'André reste à l'école secondaire, ce qui est conforme au désir du père. Le travail interactif accompli ici a, sur le plan pragmatique trois effets au moins : 1°) comme dans l'extrait [14], le discours de P qui s'est éloigné de la question initialement posée par TH, est interrompu ; 2°) l'attention des participants est focalisée sur la convergence entre le projet scolaire du fils et celui du père (qu'André reste à l'école secondaire), alors que P a précédemment insisté sur leurs divergences ; 3°) sur le plan de la gestion des places interactionnelles, le thérapeute prend ainsi la place de médiateur dans les conflits entre père et fils.

3.2.4. La gestion des identités de la mère et de l'enfant

Sont regroupés ici 14 segments dont 12 se trouvent dans le même entretien (GONT). Ils ont tous la particularité d'être à la fois ouverts et clos par la mère. Dans tous les cas, il s'agit d'une **demande de confirmation** que la mère adresse à son enfant, sauf dans un cas (ALB) où la mère demande à l'enfant de lui rappeler le prénom d'un camarade dont elle ne se souvient pas. Ces demandes de confirmation portent : a) dans quatre cas sur une assertion sur un événement quotidien ; b) dans trois cas, sur l'évaluation que la mère fait d'un événement qui concerne l'enfant ; c) dans cinq cas sur une assertion de la mère sur les difficultés de l'enfant ou sur les difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant, comme dans l'extrait suivant :

- [16] (GONT28, 882-885)
M : (...) alors toute la famille joue au Sega quand on a un moment
[mais alors on]
A : [(rires)]
M : là on rigole pis on s'énerve ensemble ((à A)) hein' + ça c'est un truc
qu'on fait (...)

Dans tous ces segments, sauf dans un, la réponse de l'enfant est minimale ou absente. En effet, soit la mère poursuit son discours, soit, comme dans l'extrait [16], l'enfant ne saisit pas cette occasion pour prendre la parole. Dans un seul cas, l'enfant contredit sa mère :

- [17] (GONT25, 846-855)
M raconte que son fils s'est battu avec des copains et a été légèrement blessé :
1M : (...) c'était pas grave ((à A)) hein' + c'était un petit: + *un petit
coup sans faire exprès* ((*très doucement*))
2TF : hmm
3M : bon ça faisait sûrement mal, + ((à A)) qué'+ c'était pas si grave ou
bien'+ dis + c'était grave'
4A : ça va
5M : ça va ((en imitant sa manière de répondre))
6A : mais en tout cas ça m'avait fait mal
7M : oui bon + +
8TF : mais par rapport à la maison (...)

Alain ne réagit pas à la première demande de confirmation de M (3M), mais, lors de sa seconde demande, contredit son assertion (6A). La réaction de M (7M : *oui bon*) semble implicitement réfuter le discours d'Alain. Elle est suivie d'un silence dont TF se saisit en posant une question qui s'adresse à la mère et porte sur un thème différent. Les réactions de M et de TF tendent donc à ignorer l'intervention de l'enfant.

Dans tous ces cas, le changement de cadre participatif initié par la question de la mère ne suscite pas la participa-

tion de l'enfant. Ce type d'échanges semble plutôt donner lieu à une stratégie interactionnellement accomplie de protection réciproque des faces de l'enfant *et* de sa mère. En effet, d'un côté la mère protège la face de l'enfant en lui offrant la possibilité de donner sa propre version des choses, mais de l'autre, l'enfant protège la face de sa mère par le fait même qu'il ne saisit pas cette opportunité. On peut ici relever deux points : le premier est que ce jeu de protection réciproque des faces va de pair avec une négociation des places de la mère et de l'enfant, puisqu'en soumettant ses propos au jugement de l'enfant, la mère met l'enfant à la place d'un partenaire ; le second est que ce jeu concerne aussi la relation entre le thérapeute, la mère et l'enfant, dans la mesure où par lui, le thérapeute est amené à se faire une certaine image de la mère et de l'enfant, et de leurs relations.

4. Conclusions

Parties d'une interrogation générale sur la place des enfants dans des entretiens cliniques qui les concernent, nous avons rapidement examiné, d'un point de vue quantitatif, l'espace de parole de l'enfant et le rôle de ce dernier dans le changement de cadre participatif. Les résultats indiquent que même s'ils provoquent eux aussi des changements de cadre participatif, les enfants parlent toujours nettement moins que les adultes. On observe également que le père ou la mère ne sont pratiquement jamais à l'origine d'un changement de cadre participatif, excepté dans un entretien. Ceci montre bien que, d'une manière générale, le travail d'orchestration qui échoit au rôle de thérapeute est interactionnellement accompli.

Nous nous sommes ensuite centrées sur les changements de cadre participatif provoqués par un adulte⁹ dans le but d'analyser la manière dont les dialogues adulte-enfants prennent place dans la séquentialité de l'entretien et les effets pragmatiques qu'ils suscitent.

Nous avons ainsi constaté que rares sont les changements de cadre participatif qui donnent lieu à des dialogues

La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques : les effets pragmatiques des changements de cadre participatif provoqués par un adulte

dans lesquels l'enfant joue une part active en initiant de nouveaux thèmes et en offrant des définitions possibles de ses difficultés. Suscitant une confrontation entre le point de vue de l'enfant et celui de son père *et/ou* de sa mère, ces dialogues s'observent après une ouverture par laquelle le thérapeute invite l'enfant à réagir au discours du père *et/ou* de la mère, ou par une reformulation du discours des parents. Ils sont fortement orchestrés par le thérapeute et créent un espace de dialogue qui est respecté par le père *et/ou* la mère. Les contributions de l'enfant constituent, dans ces cas, des **ressources** que le thérapeute et les parents peuvent utiliser pour leur propre compréhension du problème ou pour la recherche d'une solution. Elles ont pour principale spécificité de permettre aux adultes présents, et au thérapeute en particulier, d'obtenir ce que nous avons appelé des informations de première main de la part de l'enfant, c'est-à-dire des informations qui n'ont pas été filtrées par les parents et proviennent de la personne concernée. A un niveau général, on peut penser que ces dialogues constituent pour l'enfant une occasion de se réapproprier un problème qui est initialement déclaré par un tiers (parents *et/ou* référent) et de devenir un partenaire actif du processus thérapeutique. Autrement dit, ce type de dialogue serait le lieu où s'accomplit interactionnellement une alliance thérapeutique entre le thérapeute et l'enfant.

Dans tous les autres cas, le changement de cadre participatif ne suscite pas de véritable participation de l'enfant. En effet :

- Pour certains segments, le fait que l'intervention du thérapeute s'inscrive dans la continuité du discours des parents,

⁹ En ce qui concerne les changements de cadre participatif provoqués par une intervention de l'enfant, nous nous contenterons ici de souligner que les segments ouverts par l'enfant donnent eux aussi rarement lieu à un dialogue constitué de plus de deux tours de parole pris par l'enfant (Grossen, 2000).

que les questions sollicitent souvent des informations que le thérapeute a déjà (pseudo-questions) et surviennent après de longs moments où l'enfant n'a pas pris la parole, permet de supposer que le thérapeute cherche à inclure l'enfant dans la conversation. Toutefois, le mode d'ouverture qu'il utilise (demande d'information) amène l'enfant aussi bien que ses parents à traiter la question de manière littérale. Par conséquent, l'échange est souvent court, voire même clos par un parent qui fournit la réponse à la place de l'enfant, ce que le thérapeute accepte le plus souvent. Parfois, sous l'effet du questionnement du thérapeute, le dialogue se poursuit sous la forme d'une suite de questions et de réponses plus ou moins discontinues qui, dans la dynamique générale de l'entretien, apparaît relever davantage d'une respiration dans le dialogue entre adultes que d'une occasion pour l'enfant de donner sa propre définition de ses difficultés. En fin de compte, sous l'effet conjoint de l'enfant, des parents et du thérapeute, le travail interactif accompli dans ces segments mène à une sorte de mise entre parenthèses de l'enfant.

- Pour un autre ensemble de segments, le fait que le changement de cadre participatif introduise une rupture thématique dans le discours des parents et que cette rupture se confirme ensuite sous l'effet du travail interactif des participants indique que sont ici prioritairement accomplis l'exclusion ou, parfois, la réfutation du discours du père et/ou de la mère. Dans tous ces cas, le changement de cadre participatif apparaît alors comme une ressource opérant au niveau de :

- a) la **gestion thématique**, l'entretien étant orienté vers de thèmes considérés comme légitimes par le thérapeute ;
- b) la **gestion des faces** des divers participants, puisque le changement de cadre participatif permet d'interrompre le père et la mère d'une manière socialement acceptable ;
- c) la **gestion des places**, puisqu'en s'arrogeant le droit d'intervenir, d'attribuer la parole à l'enfant et de réorienter

*La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques :
les effets pragmatiques des changements de cadre
participatif provoqués par un adulte*

complètement ou partiellement le thème discuté par le père ou la mère, le thérapeute affirme sa légitimité d'expert et son statut de guide de l'entretien.

Toutefois, loin de se présenter comme une stratégie individuelle du thérapeute, l'analyse du mouvement qui s'opère de l'ouverture du segment à sa fermeture, indique qu'il s'agit plutôt d'un accomplissement *in situ* d'une stratégie impliquant la participation de tous les interactants. Cette stratégie a pour effet, d'une part de mettre interactionnellement le thérapeute à la place de " chef d'orchestre ", donc de réaliser l'asymétrie des rôles entre thérapeute et patients, d'autre part de permettre au thérapeute d'exprimer indirectement son désaccord avec le point de vue des parents, ou de donner sa propre définition du problème d'une manière qui semble thématiquement liée au discours de ses interlocuteurs.

- Enfin, dans un entretien, la mère initie et clôt un grand nombre de changements de cadre participatif, sans que cela ne donne lieu à un dialogue avec l'enfant. Il s'agit dans tous les cas de demandes de confirmations que la mère adresse à son enfant et qui, dans tous les cas sauf un, ne suscitent aucun désaccord de la part de l'enfant. Là aussi, l'enfant est mis entre parenthèses, mais sa participation, si minime soit-elle, et le fait que le thérapeute ne fasse rien pour encourager l'enfant à profiter de la sollicitation qui lui est adressée, permet de dire que le principal effet pragmatique accompli concerne le travail de figuration.

Au terme de ce travail, nous constatons qu'un changement de cadre participatif provoqué par le thérapeute a rarement pour effet d'amener l'enfant à situer sa demande par rapport à celles des adultes. Deux raisons au moins pourraient l'expliquer : a) à un niveau général, on peut penser que les thérapeutes estiment que l'enfant n'a ni les moyens linguistiques, ni les compétences communicationnelles pour participer à un dialogue au même titre que ses parents, ou

qu'ils pensent que le langage n'est pas un outil sémiotique adéquat pour accéder aux représentations de l'enfant sur sa propre " maladie " et, plus largement, à son monde interne. Seraient donc en jeu ici les représentations que les thérapeutes, en tant qu'adultes et professionnels de la psychologie, ont de l'enfant et de ses compétences ; b) si l'on en croit les post-entretiens que Cederborg (1994, p. 218) a réalisés avec les thérapeutes ayant participé à sa recherche, pourrait aussi être en jeu une stratégie délibérée du thérapeute de renforcer l'asymétrie entre parents et enfants ou d'observer les interactions familiales.

Si elles ne permettent ni d'écarter, ni de confirmer ces deux interprétations, nos données nous autorisent à dire qu'elles ne sont certainement pas les seules en jeu. Plusieurs observations montrent en effet que le changement de cadre participatif peut survenir à la suite d'un incident dans le travail de figuration effectué par les participants, de même qu'il peut lui-même provoquer des problèmes de figuration. C'est notamment le cas lorsque le thérapeute suscite une confrontation entre les points de vue des parents et des enfants. La limite entre confrontation et conflit étant difficile à prévoir et contrôler, il se pourrait que s'accomplisse entre les participants (le thérapeute aussi bien que les parents et l'enfant) une règle interactionnelle stipulant tacitement que toute confrontation est à éviter, et ceci d'autant plus qu'on a affaire à un premier entretien.

Dans cette optique, la non-participation de l'enfant apparaît, non pas comme une volonté délibérée des adultes (ou du thérapeute en particulier) d'écarter l'enfant ou de le mettre à la place de " non-personne ", mais comme une ressource interactionnelle pour le travail de gestion des places et des identités de chaque participant. Un prolongement possible de notre travail pourrait alors être d'examiner dans quelle mesure, au fil des séances d'une prise en charge familiale, le changement de cadre participatif perdrait ses qualités de ressource interactionnelle pour devenir prioritairement une ressource au niveau de la construction du sens des difficultés de l'enfant. Sur le plan pratique, ces observations

montrent aussi qu'il serait tout à fait inapproprié de conclure que le thérapeute " devrait " donner plus de place à la participation de l'enfant. Une telle conclusion reviendrait à négliger le fait que les changements de cadre participatif constituent l'un des nombreux éléments qui participent de la manière dont les participants définissent la situation et leurs rôles, et négocient les significations de leur discours.

Remerciements

Nous remercions les familles et psychothérapeutes d'avoir accepté de participer à cette recherche. Nos plus vifs remerciements vont également aux directeurs qui nous ont autorisées à recueillir les données dans leur service.

Bibliographie

- APOTHELOZ, D. & GROSSEN, M. (1996). Dynamique conversationnelle dans un entretien psychothérapeutique : analyse des reformulations. *Interactions & Cognitions*, 1 (1), 115-149.
- ARONSSON, K. (1991). Facework and control in multi-party talk : A paediatric case study. In I. Markova & F. Foppa (Eds.), *Asymmetries in dialogue* (pp. 49-74). Hemel Hempstead : Harvester Wheatsheaf.
- ARONSSON, K. & RUNDSTRÖM, B. (1988). Child discourse and parental control in pediatric consultations. *Text*, 8, 159-189.
- BERGER, M. (1995). *Le travail thérapeutique avec la famille*. Paris : Dunod.
- COSNIER, J. (1998). *Le retour de Psyché : Critiques des nouveaux fondements de la psychologie*. Paris : Desclée de Brouwer.
- CEDERBORG, A.-C. (1994). Family therapy as collaborative work. Linköping : Linköping Studies in Arts and Science, 106.
- DIEMAND, S. (1997). La place de l'enfant dans le premier entretien psychologique. *Mémoire de diplôme en psychologie*. Université de Lausanne. Faculté de Sciences Sociales et Politiques.
- FRANÇOIS, F. (1994). *Morale et mise en mots*. Paris : L'Harmattan.
- GILLY, M., ROUX, J.-P. & TROGNON, A. (Eds.) (1999). *Apprendre dans l'interaction. Analyse des médiations sémiotiques*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

- GOFFMAN, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Editions de Minuit (éd. originale 1967).
- GOFFMAN, E. (1987). *Façons de parler*. Paris : Editions de Minuit (éd. originale 1981).
- GROSJEAN, M. & LACOSTE, M. (1999). *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France.
- GROSSEN, M. (1992). Intersubjectivité et négociation de la demande lors d'un entretien thérapeutique. In M. Grossen & A.-N. Perret-Clermont (Eds.), *L'espace thérapeutique. Cadres et contextes* (pp. 165-192). Paris et Neuchâtel : Delachaux et Niestlé.
- GROSSEN, M. (1996). Counselling and gatekeeping. Definitions of the problem and situation in a first therapeutic interview. *Text*, 16 (2), 161-198.
- GROSSEN, M. (2000). Therapist-child dialogues in clinical interviews. In M. Coulthard, J. Cotherrill & F. Rock (Eds.), *Working with dialogue. Selected papers from the 7th IADA Conference* (pp. 257-270). Birmingham, 1999. Tübingen : Niemeyer.
- GROSSEN, M., & APOTHELOZ, D. (1998). Intelligence as a sensitive topic in clinical interviews prompted by learning difficulties. *Pragmatics*, 8 (2), 239-254.
- GROSSEN, M. & SALAZAR ORVIG, A. (1998). Clinical interviews as verbal interactions : A multidisciplinary outlook. *Pragmatics*, 8 (2).
- KERBRAT-ORECCHIONI, C. (1990). *Les interactions verbales* (tome 1). Paris : Armand Colin.
- KERBRAT-ORECCHIONI, C. (1996) (Ed.). *Le trilogue*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- KOSTULSKI, K. & TROGNON, A. (1998) (Eds.). *Communications interactives dans les groupes de travail*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- LINELL, P. (1998). *Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam : John Benjamins.
- MARKOVA, I., GRAUMANN, C. & FOPPA, K. (1995) (Eds.). *Mutualities in dialogue*. Cambridge : Cambridge University Press.
- MONDADA, L. (1998). Therapy interactions : Specific genre or "blown up" version of ordinary conversational practices ? *Pragmatics* 8 (2), 155-166.
- PERÄKYLÄ, A. & SILVERMAN, D. (1991). Owing experience : Describing the experience of other persons. *Text*, 11 (3), 441-480.

- PROIA, N. (1994). *La psychanalyse sur le divan de la pragmatique*. Thèse de doctorat. Nancy : Université de Nancy II.
- PROIA, N. (1998). Analysis of a first therapy interview : Objectives and methods. *Pragmatics*, 8 (2), 185-202.
- SALAZAR ORVIG, A. (1995). Misunderstandings and the construction of dialogue in a clinical interview. *International Journal of Applied Psycholinguistics*, 11, 2 (31), 227-247.
- SALAZAR ORVIG, A. (1999). *Les mouvements du discours. Style, référence et dialogue dans des entretiens cliniques*. Paris : L'Harmattan.
- TILMANS-OSTYN, E. (1987). La création de l'espace thérapeutique lors de l'analyse de la demande. *Thérapie familiale*, 8 (3), 229-246.
- VION, R. (1992). *La communication verbale. Analyse des interactions*. Paris : Hachette.

Annexe : Normes de transcription

- Chevauchements** : [] et []
[[]] et [[]] pour distinguer deux séries de chevauchements proches l'un de l'autre.
- Enchaînement très rapide entre deux locuteurs** : = à la fin de L1 et = au début de L2. Indique également, en cas de chevauchement, qu'il y a enchaînement dans le discours chevauché.
- Rallongement de voyelles** : : : :: selon longueur du rallongement.
- Arrêt brutal d'un mot ou d'un énoncé (faux départ) ou interruption de L1 par L2** : -
- Rires, sonnerie téléphone, voix, chuchotement, etc.** : (indiqués entre parenthèses)
- Commentaires du transcripteur** : ((entre doubles parenthèses))
- Inaudible** : x: pour une syllabe environ ; xx: pour deux syllabes env.
- Quand un extrait est difficilement audible**, une * au début de l'extrait et une * à la fin avec indication (* très inaudible*)
- Mot ou énoncé incertains** : <demain>. Si suivi de <devant> : signifie que devant est une alternative possible à demain
- Accentuation d'un mot ou d'une syllabe** : MAJUSCULES
- Indication d'intonation** : ' indique une intonation montante (pas nécessairement une question) et , indique une intonation descendante
- Pauses** : + Un + équivaut environ à 1 sec. Quand la pause est très longue, la durée est indiquée entre parenthèses.