

Analyser les interactions dans le discours : les interactions discursives proches et lointaines et les limites de la situation en discours

François Leimdorfer, Ph.D.

Laboratoire Printemps, CNRS-UVSQ

Résumé

Lorsque l'on introduit la notion de discours dans l'analyse des interactions langagières, en quoi le champ d'application des notions de situation et d'interaction se trouve-t-il modifié d'une part et, d'autre part, quels moyens méthodologiques peut-on mettre en œuvre pour décrire précisément les interactions en discours? La réflexion proposée ici s'appuiera sur des exemples d'analyse d'interactions écrites entre questions et réponses dans un questionnaire en ligne adressé aux médecins hospitaliers français, dans le cadre d'une recherche sur leurs conditions de travail. Il s'agit donc de lier, à partir d'un travail sur des données attestées, la réflexion théorique, méthodologique et empirique sur les interactions langagières en sociologie.

Mots clés

SOCIOLOGIE DU DISCOURS, INTERACTIONS DISCURSIVES, MÉTHODOLOGIE D'ANALYSE, RAPPORT QUESTION-RÉPONSE

Introduction

L'interactionnisme symbolique a mis au centre de sa problématique la signification, définie par Mead (1934/1963), comme l'élément nodal de la communication et comme le lieu de l'ajustement des conduites. Pour Blumer (1969),

[l']interactionnisme symbolique repose en dernière analyse sur trois prémisses simples. La première prémisses consiste en ce que les êtres humains agissent sur les choses [...] La deuxième prémisses est que la signification de ces choses apparaît dans l'interaction sociale que l'on a avec autrui. La troisième prémisses est que ces significations sont maniées et modifiées par un processus d'interprétation utilisé par la personne dans le traitement des choses qu'elle rencontre [traduction libre] (p. 2).

Bien entendu, le langage joue dans la construction des significations un rôle central : « Le langage, comme ensemble de symboles significatifs, n'est rien que l'ensemble des gestes qu'emploie l'organisme pour provoquer la réaction d'autrui » (Mead, 1934/1963, p. 282).

Reste que peu de sociologues interactionnistes, hormis Hymes (1964) et Gumperz (1989a ou b) – également anthropologues et linguistes – et en partie Goffman (1981/1987), ont travaillé la « matérialité » du langage, c'est-à-dire se sont appuyés sur les contraintes et les structures proprement linguistiques et paralinguistiques pour analyser le sens des interactions verbales.

Dans cette perspective d'analyse du langage, nous essaierons de décrire, à partir d'énoncés effectivement produits, le rapport question-réponse à des questions ouvertes dans une large enquête en ligne auprès de médecins hospitaliers français¹, et d'en déduire les interactions discursives en jeu.

Or, sans nous situer dans la tradition de la sociologie interactionniste *stricto sensu*, nous examinerons la question de l'interaction dans le champ de la sociologie du langage. Dans ce cadre, nous verrons que la prise en compte théorique et méthodologique de la notion de discours comporte des effets sur l'étendue des notions de situation et d'interaction et, *in fine*, sur le type d'hypothèses que l'on peut mettre en œuvre.

Le problème théorique et méthodologique de l'étendue de la situation et de l'interaction

L'interactionnisme, du moins dans les études nord-américaines au cours des années 1970-80, s'est avant tout intéressé aux situations de face à face, le plus souvent orales, et à des échanges issus de la vie quotidienne. Le courant français d'analyse de discours (Mazière, 2005), à la même époque, s'appuyant sur la linguistique et en partie sur la lexicométrie naissante, et s'inspirant du marxisme, du structuralisme et de la psychanalyse, a travaillé des corpus écrits notamment dans le domaine politique. La notion centrale alors opérante est celle de discours, oral et écrit, dont la prise en compte comporte des effets importants sur la définition des dimensions de la situation, temporelle et spatiale, sur la détermination des interactants, sur les distances proches et lointaines de l'interaction, sur la mesure des interactions et sur la construction du sens. La notion de « discours » engage notamment à ne pas se limiter aux situations de face à face, aux interactions directes entre locuteurs coprésents.

La notion de « discours »

Pour Foucault (1969), le discours est « tantôt domaine général de tous les énoncés, tantôt groupe individualisable d'énoncés, tantôt pratique réglée rendant compte d'un certain nombre d'énoncés » (p. 107). Cette définition est

proche de celle d'autres auteurs se réclamant de l'analyse du discours (Achard, 1993; Pêcheux, 1990). La notion se déploie ainsi dans trois directions, non contradictoires : un « horizon » spatial et temporel (l'« interdiscours ») non délimité (par exemple le « discours politique » en général, mais situé à une époque et dans un espace social); des discours particuliers délimitables et analysables empiriquement (par exemple les discours d'un personnage politique particulier, réunis en corpus); « l'usage du langage en situation pratique, envisagé comme acte effectif, et en relation avec l'ensemble des actes (langagiers ou non) dont il fait partie » (Achard, 1993, p. 10) (par exemple les discours tenus au cours d'un congrès politique dans le cadre de cette situation sociale et de ses finalités). On doit insister, dans cette dernière direction, sur la dimension d'*acte* dans l'usage du langage.

L'analyse du discours n'est ainsi qu'en partie tributaire d'une analyse linguistique, soit la langue et ses structures comme contraintes à l'usage du langage. En effet, si elle doit inscrire la matérialité langagière dans le réseau d'actes, d'activités et de rapports sociaux, le rapport entre les contraintes linguistiques de l'usage du langage et les contraintes sociologiques de ce même usage (par exemple les personnes auxquelles réfèrent un « nous » dans le discours) n'est que rarement direct.

Effets sur la notion de « situation »

Les deux premiers aspects de la notion de « discours » (à savoir l'horizon et les textes délimitables) débordent donc une définition de la situation qui se limiterait à la coprésence des interlocuteurs². Le troisième aspect (le discours comme activité), s'il renvoie bien à une situation « ici et maintenant », la déborde également par la prise en compte de l'écrit, de la temporalité des activités, de la mémoire.

En situation orale de face à face direct, les interlocuteurs sont en situation de coprésence spatiale et temporelle. En revanche, l'écrit permet de faire circuler des énoncés dans des espaces et des temps élargis, alors que les interlocuteurs (scripteur et lecteur) peuvent ne pas être en situation de coprésence. La prise en charge se fait par interprétation des énoncés et elle est asynchrone.

Cependant, les observations en situation effective, par exemple de travail, montrent qu'oral et écrit sont coprésents et interagissent (Fraenkel, 2001; Lacoste, 2001) et que les situations sont de plus en plus « plurisémiotiques » (geste, parole, écriture, image), avec l'usage d'ordinateurs, de tableaux, etc. (Boutet, Gardin & Lacoste, 1995). De plus, les énoncés oraux et écrits peuvent comporter des discours rapportés, c'est-à-dire prononcés ailleurs, avant, par d'autres, identifiables ou non (dictons, on-dit, généralités,

etc.). La mémoire de ces éléments est un facteur important pour le sens à la fois de la situation et des discours produits, pour les interlocuteurs, qu'ils soient en face à face ou non. Le centrage sur le discours et la prise en compte de l'écrit nous conduisent ainsi à intégrer des éléments éloignés et à envisager un élargissement de la situation de face à face.

La situation doit être envisagée selon plusieurs échelles : la coprésence directe, soit la situation « physique »; les éléments référant à un extérieur à cette situation, plus lointains mais présents dans le discours et directement rapportables; les éléments éloignés dans le temps et l'espace, non présents dans le discours, tout particulièrement l'histoire, la culture et le savoir partagés, mais implicites nécessaires à la construction d'un sens³. Schütz, dans sa perspective phénoménologique, avait proposé les notions d'*Umwelt*, le monde proche, le partage d'un même espace et d'une même durée, de *Mitwelt*, le monde lointain, l'intermédiation des institutions et des rôles et de *Vorwelt*, le monde passé (cité par Williams, 1973, p. 190). De plus, comme les sociologues de l'École de Chicago l'avaient souligné (Thomas, dans Grafmeyer & Joseph, 1984, p. 80-81), la situation d'interaction et son sens sont définis à la fois préalablement et par les interactants. Cette situation a des contraintes plus ou moins formelles et plus ou moins négociables, telles que des normes, dont celles de l'interaction, des règles, les statuts des participants, l'objet du discours, etc. Cependant, si, selon les ethnométhodologues (Garfinkel, 1967/2007), les statuts des participants, les rôles, les normes, les rapports de domination, les institutions sont des accomplissements pratiques en situation d'interaction, on ne peut ignorer le fait qu'ils sont préalablement construits et qu'ils s'imposent plus ou moins dans les échanges. Un ordre préalable, socialement défini de la situation, est présent, plus ou moins rigide et plus ou moins intériorisé par les participants.

Il faut enfin soigneusement distinguer les situations physiques de coprésence des locuteurs et les situations posées par les énoncés du discours, c'est-à-dire les situations décrites ou racontées. Il faut également distinguer la situation sociale, par exemple une consultation médicale, définissable par l'analyse sociologique, et la situation d'énonciation, c'est-à-dire la manière dont le locuteur articule ses énoncés à la situation physique, définissable par les repères d'énonciation dans le discours (voir la note 9). De manière générale, il faut distinguer le plan de la situation entre locuteurs du plan de la situation construite par et dans le discours.

Effets combinés du discours et de la situation sur la construction du sens

Chaque participant à une situation se trouve engagé dans des réseaux de discours, de rapports, d'activités, de pratiques, de temporalités et de mémoires

qui débordent le strict cadre temporel et spatial de la situation *hic et nunc*. Comme le déclarent Achard et Wald (1992) à propos de la position ethnométhodologique sur le sens :

le cadre local est un cadre d'observation qui est une coupure arbitraire dans un déroulement (spatial ou temporel) plus large, bref que mémoire et institution interviennent aussi dans la production du sens. [...] même si le sens de l'interaction est reconstruit localement, le 'local' pertinent n'est pas le même pour tous les participants (p. 7-8).

De ce fait, la construction du sens ne peut pas être considérée comme une construction purement « locale », d'autant que l'on peut faire l'hypothèse que des sens sociaux – c'est-à-dire des attributions de sens à des énoncés, à des actes, à des situations, etc. – attendus, récurrents, dominants, circulent dans la société. Ces attributions régulières de sens – ces interprétations – sont bien souvent multiples et la construction d'un sens précis se fera dans un aller-retour entre éléments locaux de la situation et éléments généraux de sens⁴.

Par ailleurs, les discours produits peuvent se rapporter à un « registre d'activités et de discours » (un « domaine de discours » : Achard, 1995, p. 84; Leimdorfer, 2008a, p. 5) d'une part, à un « genre de discours » (formes régulières de discours, Bakhtine, 1952-1953/1984) d'autre part, qui participent à l'ordre de la situation. Registres et genres peuvent d'ailleurs être pluriels et varier au sein d'une même interlocution. Ainsi, au cours d'une consultation médicale, d'une négociation commerciale, d'une discussion professionnelle, les locuteurs peuvent passer d'un échange portant sur les finalités de la situation à un échange portant sur des relations plus personnelles. Ces registres et genres produisent un cadre sémiotique où les discours prennent sens.

Effets sur la portée de l'interaction

Cette conception du discours engage donc l'analyse au-delà des situations locales d'interlocution, c'est-à-dire qu'elle prend en compte les écrits, les relations interdiscursives à distance et la matérialité de la langue (syntaxe, par exemple) comme structure contraignante à l'usage de la parole. On doit donc considérer les interactions proches et celles plus lointaines, et au-delà envisager des éléments non attestés dans le discours, mais nécessaires à l'interprétation des énoncés et de la situation, tout particulièrement les schémas culturels d'interprétation des pratiques, les registres et les genres discursifs, la mémoire des interlocuteurs. Il faut de même envisager le fait que les différents interlocuteurs sont engagés dans des activités et des situations extérieures à la situation en cours et en tiennent compte. L'interaction discursive proprement

dite doit donc intégrer le fait que la situation sociale déborde la situation « ici et maintenant ».

L'interaction dans le discours

Observer l'interaction dans le discours, c'est analyser les actes – matériels et discursifs – et les énoncés des locuteurs et dégager les effets de ces actes sur les autres locuteurs et sur la situation. Ces effets sont les réactions (ou les non-réactions) observables des interlocuteurs. Les réactions peuvent être envisagées de plusieurs manières.

Il s'agit tout d'abord de savoir si la situation d'interlocution en cours, l'acte discursif (question, demande, ordre, etc.) et les énoncés d'un locuteur ont été pris en charge par un ou les autres locuteurs. *Prendre en charge* veut dire « faire silence, accepter, refuser, contester, critiquer ce qui se passe », et ce, sur différents plans : la situation elle-même, le rapport d'interlocution, les statuts des participants, les effets de domination, les actes pratiques (matériels et langagiers), les dire (implicites et explicites, présupposés, préconstruits) et particulièrement les catégorisations proposées. Cette prise en charge peut s'évaluer dans l'interlocution par l'acceptation, la reprise, la contestation, l'interprétation, etc., des énoncés précédents; elle est particulièrement claire dans le cas du rapport question-réponse (voir ci-dessous). La prise en charge marque le pouvoir du discours, c'est-à-dire qu'elle dessine les légitimités (des prises de parole, des locuteurs, des dits, des catégorisations, etc.). Elle est le premier niveau d'interaction directe, que ce soit à l'oral ou à l'écrit.

Il s'agit ensuite d'analyser les formes linguistiques (actes, syntaxe, lexique) des énoncés consécutifs, proches – dans le cas d'un questionnaire par exemple – ou plus lointains – dans le cas d'une conversation ou d'un débat par exemple. L'hypothèse est que l'analyse des formes et de l'énonciation va nous permettre d'inférer les prises en charge et le placement du locuteur dans un espace de discours.

Il s'agit enfin de repérer la circulation discursive par les reprises, formules, dictons, etc., et les discours rapportés dans les énoncés des locuteurs. Ceux-ci constituent un niveau d'interaction « à distance ». La constatation qu'il y a des énoncés récurrents et repris (par constitution de séries à partir de corpus larges) est le signe à la fois d'une circulation, d'un acte de référence à un énoncé, de l'usage de cet énoncé comme légitimant, expliquant, catégorisant⁵.

Généralement, sur le plan de l'interaction locale, on peut dégager plusieurs pistes d'analyse : celle de l'interaction déclaration-réplique ou question-réponse dans les entretiens et dans les questionnaires; celle du « malentendu » et son utilisation méthodologique (*cf.* les écrits de Gumperz, 1989 a et b, ainsi que Leimdorfer, 2001), c'est-à-dire les variations dans les

processus d'interprétation; celle de la reprise ou non de catégorisations proposées dans un entretien (Leimdorfer, 2008b, p. 77-78). Dans les lignes qui suivent, nous regarderons de plus près les interactions question-réponse dans un questionnaire à réponses écrites.

La relation question-réponse

Un questionnaire portant sur les conditions de travail des médecins salariés (cliniques, hôpitaux) a été mis en ligne en 2007-2008⁶, soutenu par les associations et syndicats professionnels. Il comprenait une centaine de questions fermées et cinq questions ouvertes, dont deux ont été traitées par des méthodes lexicométriques. Près de 3200 médecins ont répondu aux questions fermées, et, de ce nombre, 2555 ont répondu aux questions ouvertes. Le but de l'analyse a consisté à dégager les thématiques majeures des réponses. Les deux questions ouvertes traitées étaient les suivantes :

122a. Qu'est-ce que vous aimez le plus dans votre travail de façon générale et dans votre discipline? Expliquez :

122b. Qu'est-ce qui vous semble le plus pénible dans votre travail de façon générale et dans votre discipline? Expliquez :

Le corpus constitué par les séries de réponses est important, les médecins ayant parfois répondu longuement : au total pour les deux questions, près de 150 000 occurrences de formes lexicales ont été relevées. Nous nous attacherons ici non pas au contenu des réponses mais à la relation instituée entre la question posée et la réponse du médecin.

Les différents niveaux de l'interaction

De manière générale, on doit tout d'abord examiner les conditions de production du discours, c'est-à-dire les conditions inhérentes à la situation du médecin répondant, et les conditions de réception du discours, c'est-à-dire les conditions inhérentes à la situation du lecteur qui prend connaissance des énoncés (Pêcheux, 1990, p. 101-102). Ces conditions sont une forme de définition des situations d'interaction.

Les différents niveaux de la situation du médecin répondant

- Un *niveau préalable*, celui où le médecin a été informé de l'enquête, par différents canaux. Pour diverses motivations, il a décidé de répondre et on peut supposer qu'il a considéré la demande d'enquête comme légitime et intéressante.
- Le *premier niveau* est celui d'interlocution directe en situation de face à face : le médecin est devant son ordinateur et a le questionnaire sous les yeux ; il répond aux questions au fur et à mesure (chaque page doit être

validée pour passer à la suivante) pour arriver en fin de questionnaire aux questions ouvertes. Cette situation comporte un discours écrit – le questionnaire – et deux personnages en coprésence : le médecin et l'ordinateur; un troisième est sous-jacent mais présent à la conscience : les instances à l'origine du questionnaire. Comme il s'agit d'un écrit, les interactions directes entre questionneur et questionné ne sont pas possibles, le questionné devant interpréter l'écrit de la question.

- Les *deuxième et troisième niveaux d'interaction* qui interviennent dans l'interaction correspondent aux discours tenus ailleurs et indépendamment de la situation en cours (l'« interdiscours »), et intériorisés par le médecin. Il peut s'agir, d'une part, d'éléments de discours rapportés et repérables dans l'énoncé (principalement narratifs : « dialogue, (non) reconnaissance de l'administration, des collègues » (q. 122b)⁷, etc.), voire d'énoncés généraux que l'on peut attribuer, par hypothèse, à une idéologie partagée (« sauver des gens » (q. 122a)). D'autre part, il peut s'agir d'un discours intérieur basé sur l'expérience du médecin, son vécu, ses émotions, sa formation, son savoir, sa culture; il peut s'agir d'éléments discursifs diffus ou issus d'échanges avec d'autres, des collègues par exemple, éléments plus difficilement repérables et pourtant nécessaires à la constitution d'un sens à ses énoncés.

Ces éléments de la situation définissent les conditions de *production* du discours des médecins répondants.

Les différents niveaux de la situation du lecteur-analyste

L'écrit comportant la plupart du temps un décalage entre la production et la réception du discours, il faut également envisager la situation du lecteur des réponses, qui constitue un autre lieu de l'interaction. Les réponses sont passées par différents filtres avant de constituer la donnée écrite proprement dite : la récupération des réponses et leur transfert sur différents logiciels, les corrections, leur mise en liste, les indexations des caractéristiques des répondants. Le lecteur est confronté à une série de réponses écrites (sur ordinateur et sur papier) de locuteurs qu'il ne connaît que par les caractéristiques qui lui sont indexées telles que l'âge, le sexe, la région, le service et le type d'établissement. Il est en position d'interprétation de ces écrits, variable en fonction de ses connaissances du milieu et du discours médical (*cf.* les termes techniques); la mise en série lui permet de faire des comparaisons et des mises en relation : mots identiques, énoncés semblables ou proches (par une synonymie attribuée aux mots ou aux énoncés), variations, différences. De plus, le lecteur peut ressentir intuitivement des émotions qui

émanent des réponses, notamment l'expression de ce que l'on peut interpréter comme de la colère dans les réponses à la question 122b. Ce ressenti de la colère, qui nécessiterait une analyse technique particulière, est une forme d'interaction du médecin, par son énonciation, vers le lecteur.

Ces éléments de la situation de lecture définissent les conditions de *réception* des lecteurs-analystes du discours des médecins répondants.

Il s'agit à présent de déterminer les interactions entre le médecin et les instances du questionnaire par l'intermédiation du discours du questionnaire et des réponses produites, en prenant en compte la relation question-réponse. Ajoutons que les répondants se situent dans le même champ professionnel et dans les mêmes registres sociaux de discours que les instances du questionnaire. Ainsi ils utiliseront abondamment des sigles, des termes techniques (« *burn out* »), voire des significations non ambiguës dans ce cadre, par exemple « l'anesthésie-réanimation », ici comme discipline et non comme acte. Nous essaierons de montrer que l'adresse implicite des médecins dans leurs réponses, c'est-à-dire à qui ils s'adressent, peut aller d'une adresse générale à la cantonade à une adresse dirigée vers les instances du questionnaire. La situation d'interlocution implique donc des locuteurs identifiables et non identifiables, non coprésents, hormis le médecin lui-même.

Les différents niveaux de prise en charge

La prise en charge de la question est ici un indicateur de l'interaction et se décline en plusieurs niveaux, c'est-à-dire accepter de répondre à la question, accepter ses présupposés, accepter de répondre directement ou dévier la réponse.

Un *premier niveau* est celui d'une non prise en charge, c'est-à-dire ici celui de non réponse, soit de non réponse au questionnaire, soit de réponse au questionnaire, mais de non réponse aux questions ouvertes. Dans les deux cas, cette non prise en charge ne nous est pas accessible, hormis un décompte statistique des non-réponses aux questions ouvertes.

Le *deuxième niveau* est celui d'une prise en charge de la question mais d'une non prise en charge des présupposés de la question, c'est-à-dire de ce qui peut se déduire directement de l'énoncé. Il y a tout d'abord une adresse directe en « vous » qui implique que le médecin réponde en tant que sujet. Ensuite, les présupposés fondamentaux des deux questions sont qu'il y a quelque chose qu'ils aiment ou qu'ils trouvent pénible dans leur travail.

On trouve ainsi quelques cas où le médecin répond que ce qu'il aime, c'est le hors travail. Par exemple à la question 122a. Qu'est-ce que vous aimez le plus..., certains ont répondu : « le temps où je ne suis pas au travail »;

« avoir du temps libre dans la semaine pour faire du sport. Améliorer les salaires sous forme de forfait (les gardes génèrent une disparité de salaire au sein des équipes pour un même statut de ph. [praticien hospitalier]) la pénibilité d'une spécialité médicale doit être reconnue et récompensée, le problème de la retraite doit être revu car je me vois mal endormir des patients fragiles à 65 ans ».

Dans d'autres cas, le médecin répond qu'il n'aime rien ou ne trouve rien de pénible dans son travail. On trouve ainsi pour la question 122a : « rien » (4 occurrences), « actuellement rien », « plus rien » (2 occurrences), « plus rien actuellement », « plus rien la technocratie a détruit ma vocation ». À la question 122b portant sur la pénibilité, on trouve 3 occurrences de « rien » et quelques autres telles que : « Rien ne me paraît pénible. J'ai une bonne naïveté. Je suis convaincue que permettre la réalisation de gestes clinique dans de bonnes conditions est un geste à la fois humain, politique et économique [...] »; « dans ma discipline rien. C'est un vrai choix et j'en suis contente ce qui me pèse le plus c'est le poids de l'administration particulièrement sournoise et incompétente à [X] »; « rien pourvu que nous ne soyons pas harcelé par un chef de service ».

Comme on le voit ici, le médecin prend en charge les questions mais pas leurs présupposés. Cette non prise en charge peut s'interpréter comme le signe d'un non-partage d'une idée qui serait commune, et donc d'une position de sujet qui se place en marge d'un discours supposé partagé, par exemple celui de la vocation, de l'amour du travail en médecine ou de la pénibilité du travail à l'hôpital.

Le *troisième niveau* est celui d'une prise en charge des présupposés de la question, mais avec soit une réponse en continuité avec la question, soit une réponse en décalage avec la question. Ce décalage va nous apprendre quelque chose sur l'interaction.

Il reste cependant à déterminer si les scripteurs répondent : 1) à la question posée; 2) de façon générale ou spécifique; 3) aux deux domaines (travail et discipline); 4) à des questions qui ne sont pas posées; 5) en déviant la question; 6) en posant leur énoncé comme général ou comme particulier à eux-mêmes ou à leur situation par exemple. En bref, la prise en charge de la question peut être complète, partielle, déviante, différente ou négative.

Précisons que la longueur des réponses est variable, elles vont d'un terme unique ou un syntagme (par exemple « consultation », « la relation avec le patient » (122a) ; « stress », « temps de travail » (122b)) à un paragraphe entier. Il est à noter que la réponse est très souvent plurielle, c'est-à-dire qu'elle met en série sous la forme d'une liste plusieurs éléments (par exemple :

« contact avec les patients, polyvalence de ma spécialité, travail en équipe » (122a); « le manque de moyens techniques, le manque de recrutement spécialisé » (122b)). Cette fréquente mise en série nous indique que les médecins, pour mettre en mots ce qu'ils « aiment le plus » ou ce qui leur « semble le plus pénible », disposent d'un ensemble de motivations et d'expériences dans lequel ils puisent.

La réponse en continuité à la question

La prise en charge par le répondant est plus ou moins complète, le répondant se situant dans une interaction question-réponse directe. La réponse peut se faire en continuité syntaxique : selon Achard (1991), la réponse « naturelle » à une question consiste à fournir un syntagme qui puisse être coréférentiel à l'élément de question posé, c'est-à-dire être apte à occuper la place vide de la forme matrice. Dans le questionnaire SESMAT, il s'agit de la réponse à la question « qu'est-ce que? », dans certains cas avec reprise : « *ce que j'aime le plus c'est* », « *ce qui me semble le plus pénible c'est* », ou plus directement, « c'est ». Cependant, l'omission d'un verbe de reprise de la question ou du présentatif – ce qui est le cas de la très grande majorité des réponses – ne constitue pas une rupture, mais une continuité normale du rapport question-réponse. On peut donc considérer que les très nombreux termes lexicaux qui suivent la question (verbes et substantifs) sont la réponse à la question.

Quelques exemples parmi de nombreux autres :

- *Avec reprise* : « *ce que j'aime le plus* dans mon travail – à savoir contact avec le patient, suivi du patient, climat de confiance mutuel – disparaît sûrement au sein de l'hôpital public. Cela a un effet démotivant incommensurable pour le praticien. On est à une époque où l'administration toute puissante domine, faisant fi, quoiqu'elle en dise, du bien être du patient. L'administration n'a de considération que pour les praticiens qui souscrivent à sa politique. La dégringolade du statut du ph (et son contrôle croissant par le directeur) n'a rien arrangé... cet effet est accru pour les ph anesthésistes dans la mesure où on a une tendance historique à les considérer comme des médecins de 2^e rang en France... Et de plus, nous ne recrutons pas les patients. Tout ceci fait que l'administration nous considère comme un personnel médico-technique » (122a.).
- *Avec reprise* : « *ce qui me semble le plus pénible* est la charge de travail temporelle et psychologique associée à une reconnaissance moyenne de l'administration (à faire). Être toujours plus ou moins pressé pour ne pas être trop en dépassement d'horaire » (122b.).

- *Avec reprise légèrement différente* : « ce qui me semble difficile ne tient pas de ma discipline choisie avec passion en toute connaissance de cause mais plutôt de mes responsabilités administratives (chef de service) acceptées comme un mal nécessaire... et pour lesquelles j'ai trop souvent le sentiment de n'avoir pas la formation suffisante » (122b.).
- *Sans reprise* : « Le contact avec les patients »; « diversité des pathologies, travail dans l'urgence »; « travailler avec une équipe para médicale jeune et motivée »; « diversité du travail »; « la vie » [*phrases nominales ou verbes à l'infinitif*]; « que les enfants (et leurs familles) qui viennent dans le service soient "satisfaits", que certains des projets de service aient pu se concrétiser » [*phrase verbale*] (122a).
- *Sans reprise* : « emploi du temps difficile à moduler »; « gardes de nuit »; « l'absence totale de considération et de reconnaissance pour le travail des médecins de la part des autorités administratives!!! » (122b.).

On remarquera que la position subjective du répondant, indiquée par l'utilisation de pronoms personnels, peut être assumée comme telle, comme dans cet exemple de réponse à la question 122a : « *j'aime* le contact avec les patients et essayer de faire quelque chose pour eux, tenter de leur donner le sourire. *J'aime* les soigner, me poser des questions sur les cas médicaux, trouver ce qu'ils ont, réfléchir sur la clinique, la biologie les traitements, et s'il le faut les accompagner jusqu'à la mort. *J'aime* mon métier ». Elle est aussi, très vite et très souvent, mise en perspective par un énoncé généralisant, comme dans cet exemple cité précédemment : « ce que *j'aime* le plus dans mon travail – à savoir contact avec le patient [...] *on est à une époque* où l'administration toute puissante domine, faisant fi, quoiqu'elle en dise, du bien être du patient ». Nous reviendrons sur ce point.

L'interaction générale est celle d'une acceptation de la légitimité de la question posée et de la possibilité pour l'interlocuteur d'y répondre. Il s'agit pour lui de puiser dans son expérience personnelle et dans l'interdiscours pour émettre un jugement « de façon générale ». Ce jugement général est une forme de prise de distance qui fait une synthèse ou qui relève des éléments les plus typiques ou marquants d'un vécu. Ces éléments sont éventuellement hiérarchisés puisqu'il s'agit de dire ce que l'on aime le plus ou ce qui semble le plus pénible, dans son travail et dans sa discipline. Il y a donc ici des possibilités de prise en charge de deux niveaux de questions, à savoir *le plus* (aimer et sembler pénible), et *travail* et/ou *discipline*. Ainsi certains répondants reprennent le thème d'une partie de la question, par exemple à la question 122a :

- *Dans la discipline* : « l'aspect de médecine "rapide", et la satisfaction personnelle d'être utile dans le travail, la gestion des patients (réa) ».
- *Dans le travail* : « bénéficier du recrutement du CHU dans la spécialité : variété de pratique, variété médicale, association pratique clinique, enseignement et recherche clinique utilité pour les patients évolutivité scientifique et de la pratique ».
- *En général* : « se donner aux autres, du soutien, de la gentillesse, de l'aide dans la souffrance et du soulagement, un travail varié, une bonne ambiance, du dynamisme dans ma discipline : les urgences, les actes techniques, manuels, les consultations ».

La réponse en rupture à la question

Si, de manière majoritaire, les réponses se situent dans la continuité de la question, un certain nombre de réponses sont en rupture syntaxique avec celle-ci, soit en reformulant le thème (par exemple : « *c'est un métier* que j'aime aussi bien la partie soins que l'enseignement universitaire ou la recherche. La relation avec les étudiants (en médecine ou autres) est malheureusement très superficielle à cause de la non-considération des relations humaines dans ce CHU » (122a)); soit en changeant le thème (par exemple : « *dans le temps* j'aimais soigner les gens, mais *maintenant* je n'aime plus rien dans mon travail et je travaille par obligation alimentaire et je continue à être médecin car je ne sais rien faire d'autre et de toute façon je n'ai pas le courage d'entamer une autre carrière » (122a)); soit en répondant à autre chose que la question posée (par exemple : « *je* me sens de plus en plus compétent dans ce que je fais »; « *j'ai* présenté un AVC hémorragique le 4 mars 2007. Pas d'antécédents particuliers. J'ai 46 ans, je ne bois pas, je ne fume pas et suis sportif. Tout ceci dû à l'augmentation d'activité majeure et de surcharge aux urgences. J'ai été hospitalisé 7 semaines et j'ai tout récupéré je met en cause le non respect de la permanence des soins par les médecins généralistes » (122a)). On constate ainsi que de nombreux répondants s'engagent dans des narrations de leur situation et vécu, tout particulièrement dans la réponse à la question 122b.

Les répondants reprennent ici l'initiative de la parole et de la thématization de l'énoncé, souvent en introduisant un « je » fréquemment suivi d'un énoncé général (par exemple : « *je* suis médecin au samu [service d'aide médicale urgente] [*particulier*], la relation au patient est toujours privilégiée, la profession est gratifiante » [*général*] (122a); « *je* suis confrontée à des problèmes humains et matériels qui diminuent notre efficacité de médecin du travail [*particulier*] : absence d'infirmière, pas de logiciel de médecine du travail, pas d'accès au planning informatique des agents etc. [*général*] »

(122b)). À l'inverse, un énoncé général est souvent suivi d'une mise en situation (par exemple : « le travail en équipe [*général*] je gère une équipe sympa médicale et paramédicale avec beaucoup de respect à mon égard car j'ai contribué au développement de ce service à tous les niveaux sur le plan matériel et humain [*particulier*] » (122a); « la relation avec les autres administrations non-médicales [*général*]. Je m'occupe de détenus [*particulier*] et les relations avec les ministères de la police et de l'intérieur sont très pénibles [*général*] » (122b)). Les énoncés se situent donc sur un axe qui va de la généralité hors contexte (par exemple : « le plaisir de soigner et soulager » (122a); « la routine » (122b)) à des particularités liées au contexte, à la situation, au vécu, à la position personnelle.

Cette dimension de tout énoncé d'être situé dans un axe qui va de la localisation de la situation particulière à la généralité⁸, nous permet d'avancer dans la question de la prise en charge et de l'interlocution proche et lointaine. Nous pouvons faire l'hypothèse que des énoncés généraux du type « sauver une vie humaine » ou encore « contact avec les patients » – même s'ils correspondent à une synthèse du vécu ou de la pensée propres du médecin – sont posés, par leur généralité même, comme étant acceptables et légitimes dans des situations diverses pour des interlocuteurs variés. L'utilisation de l'infinitif par exemple efface les marques de temps, de sujet, de déroulement de l'action. On peut en déduire que le médecin énonçant ces généralités s'adresse à la cantonade : à la fois aux instances qui ont produit le questionnaire et à un interlocuteur imaginaire non déterminé, mais capable de comprendre et d'accepter (ou réfuter) ce qui est dit. On peut également faire l'hypothèse que nombre de ces énoncés généraux réfèrent à un interdiscours partagé (une idéologie de la pratique médicale?), que ce soit dans la société globale (« soigner, "sauver des vies" »), ou dans le monde professionnel (« la variété des pathologies. Soigner!! »). De ce fait, le champ de l'interlocution dépasse de beaucoup le rapport médecin répondant-instance questionnante.

Par ailleurs, l'usage du « je » impliquant un « tu » possible crée l'intuition, pour le lecteur, que ce discours s'adresse directement à lui et donc aussi aux instances du questionnaire. Ces énoncés sont d'ailleurs particulièrement fréquents dans les réponses à la question 122b (« ce qui vous semble le plus pénible... ») où tout se passe comme si ces instances étaient mises à la place de témoins des problèmes et de la colère des médecins. Par exemple cette réponse très longue, abrégée ici :

« être considérée [*je*] présupposé] comme un pion par la hiérarchie administrative et médicale. L'indifférence totale à l'égard du travail habituel et des services rendus quotidiennement

en plus des tâches prédéfinies. Par exemple, cela fait maintenant 8 ans que je travaille ici; j'attends toujours mon bureau, je partage une ancienne réserve à berceaux de 8 m carrés avec une collègue également temps plein et cela fait maintenant 7 mois que j'attends : une clé! [...] » (q. 122b).

Nous avons donc deux axes de prise en charge qui se combinent : le premier qui est en continuité ou en rupture syntaxique ou thématique, le second qui situe l'énonciation de manière locale et personnelle ou de manière générale et universelle. La rupture syntaxique ou thématique, avec ou sans particularisation par le « je », opère une interaction déviante par rapport à la littéralité de la question, tout en y répondant à sa manière. L'énoncé en généralité, que ce soit par rapport à une situation particulière ou non, que ce soit en continuité ou en rupture à la question, pose une validité et légitimité de cet énoncé dans des situations sociales de lecture variées, et une interaction avec un lecteur générique, identifiable (les instances du questionnaire) ou non.

Conclusion

Dans cette analyse, nous avons privilégié la dimension d'acte du discours : les actes de la question et de la réponse, les prises en charge et les formes linguistiques et pragmatiques de la réponse. Nous n'avons pas fait état des grandes thématiques des contenus des réponses des médecins aux deux questions ouvertes, thématiques qui permettent d'inférer leurs principaux « points de vue » sur leurs conditions de travail et de faire des hypothèses sur les lieux sociaux dans lesquels ils se situent pour énoncer leurs réponses⁹.

L'analyse des interactions question-réponse de ce corpus nous conduit vers d'autres hypothèses sociologiques. Les questions ouvertes posées interpellaient le médecin en tant que sujet, devant faire part d'un ressenti, et non d'une opinion sur une situation générale. Or on constate que les médecins situent leur expérience par rapport à des normes de bonne pratique, à une éthique, à des idées dominantes, à leurs attentes. L'acte central que l'on peut donc dégager est celui d'une légitimation de leurs dires par la mobilisation de généralités admises.

Les principaux résultats de l'analyse peuvent être résumés comme suit :

- Nous avons une *première posture* – rare – de non prise en charge des présupposés, qui place le médecin à la marge d'une doxa de la vocation, du goût au travail ou de sa pénibilité. Celle-ci pourra être légitimée en référant par exemple à une situation passée de la médecine hospitalière (par exemple en réponse à « ce que vous aimez le plus... » : « plus rien actuellement »).

- Une *seconde posture* prend en charge les questions, avec des énoncés généralisant, valables au-delà de la situation particulière du médecin : le discours pose que la validité de l'énoncé, sa « valeur de vérité », ne dépend pas d'un locuteur, d'un temps ou d'un lieu particuliers. Ces énoncés ne nécessitent pas une légitimation, ils sont légitimes en soi (par exemple : « écouter, examiner, diagnostiquer, guérir, soulager, la reconnaissance des patients, les relations humaines, l'aspect scientifique » (112a)).
- Une *troisième posture* légitime les généralités par l'expérience particulière du médecin, ou vice-versa (par exemple : « le contact avec les patients et les soigner, les aider à aller mieux. le métier de médecin est, pour moi, le plus fantastique métier au monde. chez moi, il répond à une vocation très profonde. J'ai de la chance de faire un tel métier qui me demande un grand don de moi-même aux autres. Mais je reçois tellement en retour que c'est magnifique! » (122a)).
- Une *quatrième posture* ne renvoie qu'à la situation particulière du répondant. Dans ce dernier cas, il n'y a pas non plus de légitimation, le lecteur est en position de témoin de la situation du répondant (par exemple en réponse à « ce qui vous semble le plus pénible... » : « les nuits passées dehors (surtout l'hiver) je suis le seul décideur sur les lieux d'intervention avec la barre assez haute celle de ne pas me tromper ou du moins faire du mieux que je peux... je dois décider dans l'incertitude. ne pas montrer mes doutes à l'équipe pour ne pas la déstabiliser »).

Les médecins répondants construisent ainsi différentes situations discursives, qui ne sont, répétons-le, ni les situations d'interlocution directe ni les situations décrites par leurs énoncés. La situation discursive se définit alors par une combinaison entre :

- la place d'énonciation que le répondant se donne : sujet ancré dans sa situation personnelle, sujet énonçant une généralité valable au-delà de sa situation, sujet légitimant sa situation par des considérations générales ou exemplifiant celles-ci par son expérience personnelle;
- les interlocuteurs réels et imaginaires auxquels les répondants s'adressent : interlocuteurs identifiables et situés (les instances du questionnaire) ou génériques et non situés, pouvant prendre en charge les énoncés généraux, avec ou sans légitimation par l'expérience personnelle (tout lecteur).

Nous avons ainsi plusieurs constructions de sens, comprises comme des mises en relation, par l'énonciateur, d'énoncés sur sa situation personnelle et

d'un discours général : un sens supposé partagé dans la société, car l'énonciateur ne légitime pas ses énoncés généralisant; un sens posé comme issu de son expérience personnelle, qu'il légitime par des énoncés généralisant ou, à l'inverse, des énoncés généraux légitimés par son expérience personnelle; un sens subjectif issu de son expérience personnelle où le lecteur est témoin de la situation qui lui est faite, situation que le lecteur est supposé comprendre comme anormale et qui implique donc qu'il partage les critères d'une certaine normalité.

Par ailleurs, la quantité et la qualité des réponses obtenues, leur longueur et leur contenu nous font penser que les répondants ont été pris par des motivations qui dépassent de loin la simple interaction médecin-questionnaire, notamment les réactions aux évolutions de l'organisation et des politiques hospitalières françaises. De très nombreux énoncés font ainsi état des transformations de la situation hospitalière (importance des changements organisationnels, rôle accru de l'administration et des normes nouvelles, manque de ressources humaines et matérielles, etc.) et renvoient aux discours et pratiques politiques générales de la santé et aux acteurs qui les portent. Ces différents éléments et le champ des discours convoqués (doxa, politique, idéologie) dessinent ainsi l'étendue de ces situations discursives.

Prendre en compte la notion de discours, c'est donc analyser les interactions au plus près des échanges langagiers attestés, c'est intégrer toutes les dimensions de la communication orale et écrite, avec ses conséquences sur les contours de la situation d'interlocution présente et plus lointaine et sur les locuteurs – les interactants présents et absents de la situation de coprésence –, c'est évaluer le placement subjectif ou généralisant du locuteur énonçant et l'importance de l'interdiscours social.

Notes

¹ Estryn-Behar, M., Leimdorfer, F., & Picot, G. (2010). Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale.

² Ainsi Goffman indique (1988, p. 146) : « Je définirais une situation sociale comme un environnement fait de possibilités mutuelles de contrôle, au sein duquel un individu se trouvera partout accessible aux perceptions directes de tous ceux qui sont "présents" et qui lui sont similairement accessibles. Selon cette définition, une situation sociale se produit dès que deux ou plusieurs individus se trouvent en présence mutuelle immédiate, et se poursuit jusqu'à ce que l'avant-dernière personne s'en aille ».

³ cf. les notions de culture partagée, *common sense*, *common knowledge*, langage naturel, avancées par les sociologues interactionnistes et les ethnométhodologues.

⁴ Par exemple, un énoncé décontextualisé tel que « vous allez rencontrer un bel et sombre inconnu » peut être interprété, d'un point de vue général s'appuyant sur des connaissances communément partagées, comme une prédiction astrologique, et donc recontextualisé dans ce registre. Le même énoncé lu sur une affiche ou dans une liste de films fera pencher l'interprétation vers le titre, en français, du dernier film de Woody Allen... Mais bien entendu, le titre du film, pour faire sens, s'appuie sur la reconnaissance sociale de cet énoncé comme formule prédictive.

⁵ cf. les énoncés récurrents, par exemple « purification ethnique » étudié par Krieg-Planque (2003), « total », par Faye (1972) et « nous sommes en Afrique », par Leimdorfer (2006).

⁶ Enquête *Santé et satisfaction des médecins au travail* (SESMAT) mise en œuvre par l'unité PRESST-NEXT-SESMAT de la Coordination Centrale de la Médecine du Travail de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (Dr M. Estryn-Behar) ainsi que par un Comité de pilotage associant les représentants des syndicats de médecins et de pharmaciens INPH, CPH, SYNPREF, ainsi que de l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel hospitalier ANMTEPH et du réseau de soins palliatifs. Les résultats de l'enquête sur les questions fermées ont fait l'objet d'articles dans la presse spécialisée. L'article (Estryn-Behar, Leimdorfer, & Picot, 2010) sur les questions ouvertes analyse, par des méthodes lexicométriques, les principaux thèmes issus des réponses et les croise avec les caractéristiques des répondants.

⁷ Les exemples donnés sont les réponses complètes à la question, sauf indications contraires par [...] et selon l'orthographe, la syntaxe et la ponctuation des répondants. Les italiques sont de moi-même (FL).

⁸ C'est-à-dire d'être soit « embrayé » à la situation d'énonciation (avec des marques énonciatives qui font repérage : « je », « ici », « maintenant », etc.), soit non « embrayé », ce que Benveniste appelait discours versus récit (1966, p 238-239).

⁹ À savoir pour « ce qu'ils aiment le plus » : le rapport aux patients, le travail en équipe, la diversité des actes et des pathologies, la recherche et l'enseignement, soigner et être utile; pour « ce qui leur semble le plus pénible » : l'agressivité des malades et des familles, l'absence de considération, la lourdeur des gardes et la difficulté d'avoir une vie de famille, le poids du travail administratif et la difficulté de faire son métier. On peut inférer que les lieux sociaux dans lesquels ils se situent dans leurs énoncés peuvent être au sein de la profession (par exemple « soigner »), au sein de l'hôpital en général (par exemple « le travail administratif ») ou au cours des consultations (par exemple « l'agressivité des patients »), dans un lieu situé entre vie professionnelle et vie personnelle (par exemple « lourdeur des gardes », « difficulté de la vie de famille »). Voir Estryn-Behar, Leimdorfer et Picot, 2010.

Références

Achard, P. (1991). Une approche discursive des questionnaires : l'exemple d'une enquête pendant la guerre d'Algérie. *Langage et société*, 55, 5-40.

- Achard, P. (1993). *Sociologie du langage*. Paris : Presses universitaires de France.
- Achard, P. (1995). Formation discursive, dialogisme et sociologie. *Langages*, 117, 82-96.
- Achard, P., & Wald, P. (1992). Sociologie, langage et interprétation, les enjeux de l'ethnométhodologie. *Langage et société*, 59, 5-12.
- Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale. Les genres du discours* (trad. A. Aucouturier). Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1952-1953).
- Benveniste, É. (1966). *Problèmes de linguistique générale 1*. Paris : Gallimard.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism. Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.
- Boutet, J., Gardin, B., & Lacoste, M. (1995). Discours en situation de travail. *Langages*, 117, 12-31.
- Estryn-Behar, M., Leimdorfer, F., & Picot, G. (2010). Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Réponses aux questions ouvertes d'une enquête nationale. *Revue française des affaires sociales*, 4, 27-52.
- Faye, J.- P. (1972). *Théorie du récit. Introduction aux « langages totalitaires »*. Paris : Hermann.
- Foucault, M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris : NRF-Gallimard.
- Fraenkel, B. (2001). Enquêter sur les écrits dans l'organisation. Dans A. Borseix, & B. Fraenkel (Éds), *Langage et travail. Communication, cognition, action* (pp. 231-261). Paris : CNRS.
- Garfinkel, H. (2007). *Recherches en ethnométhodologie* (trad. M. Barthélémy, B. Dupret, J.- M. de Queiroz & L. Quéré). Paris : Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1967).
- Goffman, E. (1987). *Façons de parler* (trad. A. Kihm). Paris : Minuit. (Ouvrage original publié en 1981.)
- Goffman, E. (1988). *Les moments et leurs hommes*. Paris : Le Seuil/Minuit.
- Grafmeyer, Y., & Joseph, I. (1984). *L'École de Chicago, naissance de l'écologie urbaine*. Paris : Aubier.
- Gumperz, J. J. (1989a). *Engager la conversation. Introduction à la sociolinguistique interactionnelle*. Paris : Minuit.

- Gumperz, J. J. (1989b). *Sociolinguistique interactionnelle, une approche interprétative*. Paris : L'Harmattan.
- Hymes, D. (1964). The ethnography of communication. Special publication. *American Anthropologist*, 66(6), part 2.
- Krieg-Planque, A. (2003). *Purification ethnique, une formule et son histoire*. Paris : CNRS.
- Lacoste, M. (2001). Quand communiquer c'est coordonner. Communication à l'hôpital et coordination des équipes. Dans A. Borseix, & B. Fraenkel (Éds), *Langage et travail* (pp. 323-349). Paris : CNRS.
- Leimdorfer, F. (2001). L'interculturel dans le discours, ou le passage de la frontière. Exemples d'entretiens réalisés en français, en Côte d'Ivoire. Dans R. de Villanova, M. Hily, & G. Varro (Éds), *Construire l'interculturel?* (pp. 139-166). Paris : L'Harmattan.
- Leimdorfer, F. (2006). "Tu sais, on est en Afrique". Essai d'analyse de séquences discursives orales. *Semen*, 21, 49-71.
- Leimdorfer, F. (2008a). Présentation : registres discursifs, pratiques langagières et sociologie. *Langage et société*, 124, 5-14.
- Leimdorfer, F. (2008b). Registres discursifs "montrés" de l'espace public à Abidjan : considérations, bavardages, dossiers et autres histoires. *Langage et société*, 124, 73-87.
- Mazière, F. (2005). *L'analyse du discours. Histoire et pratiques*. Paris : Presses universitaires de France.
- Mead, G. H. (1934/1963). *L'esprit, le soi et la société* (trad. J. Cazeneuve). Paris : Presses Universitaires de France.
- Pêcheux, M. (1990). *L'inquiétude du discours*. Paris : Éditions des Cendres.
- Williame, R. (1973). *Les fondements phénoménologiques de la sociologie contemporaine : Alfred Schütz et Max Weber*. La Haye : Nijhoff.

François Leimdorfer est chargé de recherches au CNRS, en sociologie. Il a travaillé, dans la perspective d'une sociologie du langage, sur les rapports sociaux en milieu urbain africain, sur les discours sur la ville, sur la prise en compte du langage en sociologie (*Les sociologues et le langage* (2010). Paris, Éd. de la MSH)