

échange à trois mouvements.

D'autre part, la pratique des exemples auto-construits ne permet pas de tenir compte de la position de la séquence Q-R dans l'échange ni des interprétations qu'en font les participants: j'en montrerai ici l'importance à partir de ces formes linguistiques que Sacks appelle "succédanés de salutations".

Exemple (dans la même consultation):

M : Comment ça va?      Question (Q)  
m : Ça va mieux.      Réponse (R)      Ouverture  
M : Ça va mieux...      Reprise (Rp)  
(.....)  
M : Bon alors y a rien de nouveau      (Q)  
    vous allez bien euh...  
m : oui à part que y a trois ou      (R)      Interrogatoire  
    quatre jours euh j'ai eu une  
    petite douleur.

Dans l'ouverture, le "comment ça va" a une valeur de politesse, analogue à celle de "bonjour": de fait, dans une autre consultation, au "comment ça va" initial du médecin, la malade répond par "bonjour docteur". Il a, de plus, une valeur évaluative globale tenant à la nécessité de ne pas se contredire trop ouvertement: si la réponse est franchement positive, elle exclut une plainte ultérieure du malade, si elle est négative, elle demandera à être expliquée.

Durant l'interrogatoire, la situation est différente. Le médecin, tout en continuant à consulter le dossier de la malade, reprend, sous forme d'assertion, ce qu'il croit être la réponse définitive de celle-ci. Mais la malade sait parfaitement que la formule prend ici une valeur diagnostique et ne veut pas la laisser passer sans formuler ce qui, tout de même, l'inquiète. Si l'on examine son énoncé, on y repère divers mouvements interactionnels: oui évite d'offenser le médecin en le contredisant -c'est ce que Goffman appelle obéissance aux "contraintes rituelles"-; à part que est un "mot-cheville", au sens de Lakoff, permettant au raisonnement de se dérouler selon une logique plus "floue", dont la fonction est ici de raccorder à une réponse rituelle une réponse diagnostique.

Un autre exemple du même phénomène positionnel met davantage en valeur l'importance des fonctions institutionnelles et des stratégies des participants, facteurs qui, par définition, échappent à une analyse d'énoncés auto-construits:

M : Comment ça va?	<u>Pré-interrogatoire</u>
m : Ca va bien /A part que j'ai attrapé le rhume	m est assise M cherche son dossier, ne le trouve pas. Il en résulte un moment de confusion

(.....)

M : Alors comment allez-vous?	<u>Interrogatoire</u>
m : Pas trop mal pas trop mal je vais je vais très bien	[ Le dossier est retrouvé ]
M : Et ce fameux rhume?	
m : C'est ce rhume oui ...	

On remarque les apparentes contradictions ("pas trop mal", "très bien"), l'occurrence du mot cheville "à part que", la reprise du mot "rhume". Tout ceci ne prend sens que lorsqu'on en connaît l'enjeu. La malade a déjà été hospitalisée et en garde un mauvais souvenir. Or, le médecin pense que la meilleure solution à ses maux actuels serait une autre opération. Il essaye de l'en convaincre: en jouant de la menace ("Attention, il faut pas plaisanter avec ça"), puis du rassurement ("c'est pas plus dangereux qu'une appendicite"). En entrant dans la salle, la malade a déjà décidé de son comportement: refuser à tout prix l'opération. Pour cela, il lui faut affirmer qu'elle va bien: la réponse, pourtant positive, "pas trop mal" ne lui semble pas suffisante, et elle la corrige immédiatement en "je vais très bien", avec une répétition ("je vais je vais") qui témoigne de son émotion. De plus, elle offre au médecin un symptôme bénin, le rhume sur lequel elle ne demande pas mieux que de s'étendre ("oui c'est ce rhume") pour éviter de parler d'autre chose.

Dans cet exemple, la répétition, par le médecin, de la même question, avec des variations, tient à ce que la première séquence n'avait pas à ses yeux de valeur diagnostique.

Dernier aspect interactionnel des séquences Q-R qui sera évoqué ici: la constitution de l'adéquation. Qu'est-ce qu'une réponse? Ces questions tournent autour de ce que Goffman appelle

l'"ambiguïté résiduelle".

Exemple (Obs 1)

M : [une douleur] Qui a duré combien de temps?

m : oh ça n'a pas duré bien longtemps

M: 2 minutes, 5 minutes, un quart d'heure ?

m : oh oui à peu près [il est impossible de savoir à quel segment de l'énoncé précédent la réponse se rapporte]

M : en marchant?

m : et puis en marchant j'étais un peu essoufflée.

Alors que le médecin ne s'est pas contenté de la première réponse de la malade, il accepte apparemment la seconde. Que lui a-t-elle apporté comme information nouvelle? Nous n'en voyons que deux possibles: 1/ la douleur n'a pas duré moins de deux minutes ni plus d'un quart d'heure (= information approximative de la durée), 2/ la malade n'est pas capable de fournir une vraie réponse. Les deux interprétations ne sont pas contradictoires; il est même vraisemblable qu'elles ont été faites simultanément.

Quant à la troisième séquence Q-R de l'exemple, elle pose plus directement le problème de la "contradiction". Le principe de "non-contradiction" est supposé régir les conduites et, à ce titre, peut être invoqué pour condamner le comportement verbal de quelqu'un. Ainsi, dans les consultations, le médecin attire-t-il parfois l'attention des malades sur les contradictions de leur discours, notamment lorsqu'ils essaient de reconstituer la genèse de la maladie et se trompent dans les dates ou dans les événements. Or, ici, le médecin ne semble pas sensible à l'inadéquation de la réponse de la malade puisqu'il l'accepte et passe à une autre question. Il apparaît que des entorses sérieuses aux principes "logiques" sont tolérés dans le discours, alors que ces mêmes principes peuvent être polémiquement utilisés à d'autres moments.

Un autre exemple témoigne de la difficulté à ajuster deux discours dont l'un se fonde ici sur une logique de l'équivalence et ne tolère pas celle de l'à peu près que seul le second peut produire dans le cadre où il se trouve placé:

M : Je vous fais mal là?

m : Oh ben ça me fait mal c'est un petit peu sensible

M : Ça ne rappelle pas ce que vous ressentez quand vous faites un effort?

m : Ben quand vous appuyez c'est un petit peu sensible quoi!

M : Est-ce que ça rappelle ce que vous ressentez en courant ou en marchant?

m : vaguement vous savez c'est pas facile à dire un petit peu un point quoi.

M : Bon mettez-vous debout.

A l'alternative du médecin ("ça rappelle" ou "ça ne rappelle pas"), le malade répond par des approximations avouées, des équivalences floues: "un petit peu", "un petit peu sensible", "vaguement", "un point", dont il tente de faire excuser l'insuffisance par un appel à la complicité ("vous savez c'est pas facile", "quoi") n'osant pas dire directement au médecin: je ne peux pas répondre à votre question, ce qui risquerait de se retourner contre lui. Cette hésitation reflète ici la contradiction entre l'obligation du malade à se conformer au cadre logique posé par le médecin et son impossibilité à y satisfaire.

La logique de l'à peu près, souvent repérable dans le discours de la consultation, si elle se satisfait parfaitement des propriétés du langage, semble souvent trouver ses raisons à l'extérieur de lui. Non pas tant dans des procédures cognitives, encore que celles-ci soient évidemment à l'oeuvre, mais dans les contradictions où les contraintes sociales poussent les sujets. Ce n'est pas dire que là est la source de toute "fuzzy logic", mais c'est restituer une dimension interactionnelle qui manque, le plus souvent dans des analyses comme celles de la sémantique générative.

## 2. Les résistances à la dialogie d'interrogation

Le fonctionnement de l'échange verbal déborde donc largement les règles d'une simple dialogie interrogative où chaque réponse se constituerait par dépendance mutuelle avec la question précédente et réciproquement. On ne trouve guère qu'au théâtre ces cascades de réparties se déclenchant mutuellement l'une l'autre - ce que Goffman (1975) nomme, d'une formule heureuse, l'"ef-

fet ping-pong". Dans toute situation de langage non-artificielle, chaque intervention verbale "répond" à un contexte plus large, excédant même la parole, et faisant intervenir des éléments non-verbaux.

Mais ce débordement de la dialogie dans les consultations médicales va plus loin encore: le cadre même de l'interrogation peut être refusé; il peut fonctionner à vide ou encore se voir relayé par d'autres schémas discursifs. Quelles sont alors les stratégies interactionnelles que déploient les participants?

Je me centrerai ici essentiellement sur les comportements discursifs des malades, ceux des médecins relevant d'une étude particulière. Quelles sont donc les stratégies du malade face à un discours thérapeutique et à un cadre d'interrogation auquel il n'adhère pas?

La première est une des variétés du silence. Silence matériel: le malade ne répond pas à la question; si le médecin insiste, il peut tenter de se dégager par un geste d'ignorance, une mimique d'incertitude. Plus fréquemment, il y a de sa part réten- tion d'information: soit qu'il ne réponde qu'à la littéralité de la question et non à son sens implicite, soit que, pressé par l'incessant questionnement médical, il ne donne que des réponses partielles et partiellement contradictoires, refusant de livrer vraiment ce qu'il pense.

Le plus souvent, ce refus passe inaperçu car le médecin n'a guère le temps de s'y arrêter. S'il le fait pourtant, on entend alors une séquence comme celle-ci (où le malade est un ouvrier algérien parlant français sans difficulté) :

m : [ce médicament] c'est vraiment trop dur.

M : Pourquoi? Pourquoi est-ce que vous dites "trop dur"? Expliquez-moi un peu.

m : Euh...je maigris je me sens pas bien avec ça.

M : Expliquez-moi

[silence]

M : Hein?

m : Je me sens pas bien... pas bien

M : Mais qu'est-ce que vous appelez "ne pas vous sentir bien"?

m : je suis maigre [ ici: quelques échanges où le médecin veut le convaincre qu'il n'est pas trop maigre ]

M : ...mais vous êtes plus fatigué que d'habitude?

m : non non non je suis pas fatigué

M : Ah ben alors?

m : non

M : Hein?

m : Non je suis pas fatigué.

M : Ça vous inquiète simplement de maigrir?

m : Oh non c'est pas ça mais vraiment des fois ça me vient la nuit je me lève trois quatre cinq fois pour aller aux WC.

.....

L'attitude du médecin est apparemment non-directive: il veut faire parler le malade ("pourquoi?", "expliquez-moi", "hein"). Son rôle n'en est pas moins sélectif: il refuse deux interprétations, l'une comme trop vague ("je me sens pas bien" n'attire aucune réponse sinon la répétition de la question antérieure), l'autre comme fausse (= le malade n'est pas aussi maigre qu'il le prétend); puis il propose lui-même une autre interprétation ("vous êtes plus fatigué") et, enfin, en accepte une troisième ("je me lève...pour aller aux WC"). Mais pourquoi retenir cette dernière réponse? Peut-être pour quelque argument médical, si le médicament incriminé est connu pour avoir cet effet; mais ce n'est nulle part formulé dans la consultation. Il est vrai qu'un indice, dans le discours du malade, oriente vers la même interprétation: le premier énoncé du fragment et le dernier sont les seuls à la fois spontanément prononcés et précédés de vraiment; qui semble ici servir d'introducteur des assertions marquées par la conviction mais aussi par une certaine gêne à intervenir. Les autres réponses consistent en silences, ou en répétitions, ou en simples négations de la littéralité de la question ("Vous êtes fatigué?" "Non je ne suis pas fatigué") ou bien encore sont précédés d'un signe d'hésitation "euh". Toutefois la dernière réponse n'efface pas le malaise, l'étrange succession d'affirmations et de négations ("je suis maigre" "non c'est pas ça"). Rien n'indique qu'il

n'y ait pas chez le malade un réseau d'associations--se sentir mal  
-maigreur -uriner trop-- réseau dont le médecin a (provisoirement?  
superficiellement?) défait les liens mais qui subsiste peut-être  
sans que la consultation permette d'en rien savoir.

Cet échange est déjà marqué, du côté malade, par la  
forme la plus insaisissable mais la plus générale du silence, qui  
consiste en un abandon de son discours propre. Abandon qui peut  
être immédiat, par soumission au cadre dialogique d'interroga-  
tion dès l'entrée en consultation, ou bien se réaliser progressi-  
vement par une lente absorption dans le discours médical, ou en-  
core, plus brutalement par une réduction autoritaire au silence.

Je me contenterai d'en rapporter un exemple: l'aban-  
don y est précédé d'une sorte de joute oratoire où la malade tente,  
à l'intérieur même du cadre dialogique, de résister au méde-  
cin.

Une femme d'âge moyen et de milieu populaire vient à  
l'hôpital se plaindre de maux de ventre et d'un grossissement  
qu'elle attribue à une opération antérieure faite dans une clini-  
que. Sa demande est vague mais son accusation extrêmement ferme:  
son état est dû à "une éventration" où on la "plutôt esquinée  
qu'arrangée". Le médecin lui tient immédiatement un contre-discours:  
"ça ne vient pas de votre éven-intervention" (on remarquera le  
lapsus immédiatement corrigé) mais de ce que "vous mangez trop".  
Et il entreprend alors de reconstituer minutieusement ce qu'elle  
mange au cours d'une journée-type:

M : [Au petit déjeuner] vous avez mangé quoi?

m : Oh je bois juste un..un express/un café le matin..

M : Avec du sucre?

m : Oui deux.

M : Et euh vous mangez rien du tout?

m : Ah non non...

M : Remarquez/je vous signale/enfin je vous le dirai tout à l'heure/  
mais les deux sucres ça équivaut à pas mal de choses

[..... ]

M : Et euh après?

m : Le midi je mange un petit hors-d'oeuvre

M : Vous vous grignotez jamais entre les repas?

m : Ah non non non

[.....]

La tactique du médecin est claire: imposer à une malade qui s'égaré vers une mauvaise interprétation un cadre d'interrogation auquel elle ne puisse résister que par des marques d'atténuation ("juste", "un petit hors-d'oeuvre") ou par des négations ("non non non"). Celles-ci sont souvent contournées par des questions-pièges: "Vous regardez la télé?" - "Oui" - "Et vous grignotez"? "non non non". L'échange se fait du reste, dans ce cas, avec une certaine bonne humeur, chacun étant conscient du jeu du partenaire.

Au milieu de l'interrogation, la malade saisit une occasion de réitérer son accusation: "pour moi, je me trompe peut-être, c'est depuis qu'on m'a opérée": l'affirmation subsiste donc, mais la formulation, atténuée, modalisée, a intégré le jugement médical quant à l'illégitimité du savoir des malades. Puis, plus rien ne se passe, sinon des réponses aux questions du médecin. Finalement, la malade repart avec un régime, sans que l'on sache si l'abandon de son discours initial est lié à une véritable conviction ou à un simple retrait verbal.

C'est ainsi, le plus fréquemment, par un "ne pas dire" ou un "ne plus dire", que s'exprime le refus des malades. Ceux qui au contraire adhèrent à la parole médicale ont un autre comportement; ils apportent spontanément des informations et, répétant même parfois en écho ce que dit le médecin, le repré- sentent à leur compte.

Mais on rencontre, plus rarement, d'autres attitudes négatives:

Le refus explicite: telle malade refuse de se faire opérer malgré l'insistance du médecin

m : Rien que la peur j'y passerais rien que la peur

M : Mais pas du tout je vous assure que non

.....

M : Mais vous savez que sincèrement c'est aussi simple qu'une appendicite et des fois même mieux

m : Oh non oh non je sais bien que c'est pas vrai oh!



Le refus est ici atténué par l'affectation de familiarité entre le jeune médecin et cette malade d'une soixantaine d'années expansive et joviale: la plaisanterie, pratiquée des deux côtés, par un accord tacite, évite ce qui, ailleurs, aurait pu donner lieu à un affrontement.

Enfin, ce peut être la crise:

Telle autre malade, extrêmement tendue et nerveuse, refuse de se laisser interroger davantage: "je veux pas qu'on me pose des questions, ça m'énerve". Elle se lève, veut partir. On la fait allonger un moment dans une autre salle. Un peu plus tard, ayant absorbé un calmant, elle revient. Le médecin lui conseille de se faire opérer. Mais alors le conflit renaît car la malade est prise de peur à l'idée de se séparer de sa fille et, hésitant entre l'agressivité et la soumission, met en balance cette peur avec celle de mourir si elle ne se soumet pas à l'opération (Ce qui n'exclut pas celle de mourir à cause de l'opération). Prise dans ce réseau de terreurs multiples, elle ne peut rien décider et la consultation se termine dans un climat d'hostilité:

M : et puis il faut vous faire enlever votre corps thyroïdien

m : Et si je me fais pas opérer?

M : Oh vous n'en mourrez pas mais vous trouvez que la vie est agréable comme ça?

m : J'en mourrai pas hein? j'en mourrai pas? C'est l'essentiel

.....

m : J'ai ma petite fille [objection à l'hospitalisation]

M : Hein?

m : J'ai ma petite fille

M : Mais madame y a pas le feu mais... [ton agacé.]

### 3. Dialogue-Discours-Récit

L'analyse dialogique fait "comme si" tout discours avançait par une série de mouvements illocutionnaires clairement identifiables et non ambigus. Ce peut être le cas, comme dans cette séquence d'une consultation:

M : Quel âge avez-vous?

m : 38 ans.

M : Qu'est-ce que vous faites comme métier?

m : Employé de banque?

M : Vous faites du sport?

m : Oui.

M : Quoi?

m : Football.

On ne peut rêver d'interrogation plus parfaite. Mais cette perfection même n'est pas sans surprendre. Les deux derniers échanges notamment manquent à une règle des questions-réponses: celle d'ellipse. Non pas l'ellipse purement grammaticale, dont on trouve un exemple dans la première et la deuxième réplique ([j'ai] 38 ans; [je suis] employé de banque), mais l'ellipse dialogique, par laquelle on évite normalement au partenaire une question intermédiaire. Une plaisanterie commune en livre la preuve: à la question: "Est-ce que tu as l'heure?", on peut répondre: "Oui", déroulant ainsi le partenaire qui, bien entendu, attendait qu'on lui indique directement l'heure. De même, à la question "Vous faites du sport?", la réponse la plus "normale" serait: "Oui, je fais du football". Si le malade ne la donne pas, c'est qu'il retient l'information; tout son comportement au cours de la consultation témoigne de la même passivité devant le questionnement: c'est pour lui une visite "de routine" dont il n'attend rien. Le déroulement du passage comme séquence parfaite de Q-R est, en fait, plus symptomatique que "normal".

Dans les consultations, les conditions mêmes de l'interaction rendent relativement fréquentes les formes pures d'interrogation. Cependant il arrive que les actes illocutionnaires soient noyés dans un mouvement discursif plus spontané, qui en affaiblit les contours, bien des énoncés hésitent entre la question, l'assertion, l'exclamation. Il s'esquisse même parfois de véritables récits. Le récit est déclenché par une question, mais il n'est pas une réponse au sens dialogique ("answer"). Pour le constituer en réponse, il faut que l'interlocuteur se livre à des opérations sémantiques de reconstruction. Dans les enregistrements dont je dispose, les récits sont très rares. Même dans les consul-

tations initiales où le médecin doit obtenir de nombreuses informations sur le passé du malade, cette reconstitution procède le plus souvent par questions-réponses. Ce comportement est caractéristique des consultations hospitalières, moins détendues que les consultations privées, et surtout des malades de milieu populaire: le médecin leur laisse moins d'initiative, se méfiant davantage de leur capacité d'explicitation, et eux-mêmes sont plus gênés, sachant que le langage attendu par le médecin est plus éloigné de celui qu'ils pratiquent spontanément. Si c'est donc l'absence de récit véritable qui est le fait le plus notable, il reste que des embryons de récit apparaissent et viennent "déranger" la séquence dialogique. En voici quelques exemples:

M : Votre hypertension a commencé à être découverte quand? Quand est-ce que ça a commencé à monter?

m : J'en ai eu/ parce que y trois quatre ans et c'était un docteur/mon docteur chez moi/docteur X il m'avait donné du (médicament) j'en avais pris un peu.

Dans cet exemple, l'autonomie de la réponse par rapport à la question se marque déjà dans les formes linguistiques: le sujet de la réponse "je" n'était nullement induit par la question. Il est à remarquer, par parenthèses, que si le médecin reformule sa question dans un évident souci d'adaptation au langage supposé du malade, celui-ci répond, en fait, plutôt à la première formulation qu'à la seconde ("j'en ai eu =de l'hypertension): c'est que, d'une manière générale, les difficultés de communication entre malade de milieu populaire et médecin ne tiennent pas au lexique, que le médecin veille à simplifier et dont le malade s'approprie aisément -fût-ce avec des fautes morphologiques- les quelques termes le concernant.

Mais, le plus remarquable est le passage d'une attitude <sup>de/</sup>réponse dialogique ("j'en ai eu/") à une attitude de récit; l'amorce en est représentée par l'emploi de "parce que", équivalent ici à: "faut vous dire que". Pour considérer l'ensemble de l'énoncé du malade comme une réponse à la question du médecin, des opérations de reformulation sont nécessaires: il faut extraire et mettre en séquence "j'en ai eu" et "y a trois quatre ans". C'est au prix d'une telle reconstruction que l'on peut procéder à une analyse dialogique.

Autre exemple, emprunté à la même observation:

M : vous avez mal dans les bras à quel moment?

m : J'ai remarqué...c'est surtout...quand j'ai mangé si par exemple j'ai fait un bon repas que...j'ai eu pris un peu de vin autrement je j'en bois pas mais si j'en bois accidentellement il me semble que...ça l'accentue voyez.

La "réponse" a une structure propre: le malade s'approprie le discours ("j'ai remarqué") et livre, en un énoncé non "retenu", ses interprétations, ses peurs, ses signifiants. Plusieurs processus s'entremêlent:

- Une structure de récit et d'argumentation, caractéristique de la parole populaire:

Assertion : quand j'ai mangé

Exemplification: si par exemple j'ai fait un bon repas

Exemplification: que j'ai eu pris un peu de vin.

L'approche du signifiant "vin" s'est faite par glissements successifs.

- Une réfutation d'un reproche attribué au partenaire (en tant qu'il est médecin, mais aussi peut-être en tant qu'il représente l'"autre": par exemple la femme du malade, absente de la consultation). "Autrement je j'en bois pas" signifie: contrairement à ce que vous pouvez penser je ne suis pas un alcoolique.

- Une modalisation, qui vise à l'effacement du discours au moment où il est prononcé: "j'ai remarqué", "surtout", "un peu", "il me semble", "voyez". Le malade est persuadé de son "non-savoir" médical et veut montrer au médecin qu'il est conscient de son incapacité à participer pleinement au diagnostic.

Enfin, ce qui oblige à relativiser les résultats de l'analyse dialogique est la persistance d'un "récit" profond du malade, quelque fractionné qu'il soit par le questionnement médical. Sur ce point je n'insisterai pas longtemps car il nécessiterait une tout autre lecture. Je rappellerai seulement le cas de cette malade qui arrive avec une plainte, formulée avec insistance, jusqu'à ce que le médecin le lui interdise en la décourant vers la reconstitution de son alimentation durant une journée. Voici, condensés à l'extrême, les cheminements des deux partenaires.

m : j'ai eu une éventration -on m'a esquinaté plutôt qu'arrangée-  
je mange pas beaucoup pourtant je grossis-je grossis depuis  
mon éventration.

M : Vous mangez plus depuis cinq mois c'est pourquoi vous avez  
grosi - vous mangez trop-

M : Qu'est ce que vous avez mangé ce matin?

[ici : longue reconstitution]

m : Pour moi, je me trompe peut-être mais j'ai grossi depuis qu'on  
m'a opérée

[suite de l'interrogation]

M : C'est pas tellement que vous mangez trop c'est que vous avez  
une alimentation déséquilibrée

[explications diététiques: la malade part  
avec un régime ]

A une chaîne signifiante propre à la malade ("ils"  
"éventration" "je mange pas") le médecin oppose l'argumentation  
"vous mangez trop". La malade finit par se taire et accepter ap-  
paremment l'interprétation médicale. Mais le médecin, lui-même  
influencé par le déroulement de l'interaction, déplace légèrement  
son diagnostic, qui devient "votre alimentation est déséquilibrée".  
Or, ce diagnostic, faisant référence à un savoir diététique scien-  
tifique, est inattaquable par la malade.

Dans d'autres consultations, il serait possible de  
reconstituer une trame narrative profonde, le plus souvent mas-  
quée et fragmentée par la dialogique médicale. Quand le malade  
accède à un discours autonome, celui-ci révèle l'existence d'un  
récit latent souvent incompatible avec le cadre discursif imposé.

#### 4. L'interrogatoire

Dans le cadre d'une problématique récusant la sépara-  
tion entre intra et extralinguistique, il devient important de cons-  
tituer des cadres d'analyse où peuvent s'articuler rapports sociaux  
de domination symbolique et discours socialement produits. C'est ce  
que nous avons tenté de faire en proposant de rapporter certains as-  
pects des consultations médicales hospitalières à des types de pra-  
tiques de parole. Dans cette analyse, les distinctions suivantes se  
sont révélées utiles:

- Elicitation: mécanisme { question —————> discours  
incitation  
etc.

Le malade se voit incité à parler de sa maladie, le médecin se contentant de l'encourager à la parole. Sous sa forme pure, cette pratique ne se rencontre que dans des secteurs médicaux minoritaires; elle coexiste avec d'autres dans la consultation privée mais sa part est très réduite dans la consultation hospitalière. Elle n'exclut pas par ailleurs une mise en condition du malade, mais, laissant jouer directement les différences langagières socialement constituées, elle représente en elle-même le degré le plus faible du conditionnement langagier.

- Interrogation : mécanisme Question → Réponse (ou pour adopter, après Goffman, la terminologie anglaise plus précise: question → answer). C'est une première mise en ordre de la parole, celle qui joue spécifiquement sur l'illocution. La succession Q-R introduit une tendance, diverse selon les contextes, à reprendre dans R les termes de Q, c'est-à-dire un conditionnement de R par Q.

- Questionnaire: seconde mise en ordre de la parole  
Ce type discursif se caractérise notamment par deux traits:

- 1/ Existence d'une catégorisation sémantique préalable générant le discours. L'échange a lieu sous le signe du savoir de l'un des partenaires. Il se rapporte à une grille, celle du "savoir médical", dont les articulations sémantiques déterminent la logique discursive.
- 2/ Mise en séquence ordonnée: éventuellement suite de type algorithmique qui, par rapport à la recherche du patient, peut intervenir comme adjuvant ou comme obstacle. (1)

Le questionnaire est donc une succession d'interrogations sémantiquement et syntagmatiquement ordonnées. Quel est exactement son statut dans la consultation médicale? Dans la consulta-

---

(1) L'une des plus grandes difficultés pour le malade consiste dans la nécessité de chronologisation des événements de sa vie et de ses symptômes.

tion proprement dite, il n'existe que comme structure "profonde" à laquelle ne correspond pas toujours la suite des énoncés réalisés. Il rend compte de la tendance de l'interrogation médicale à suivre une routine de questionnement. Mais, par ailleurs, il se trouve que certaines expériences ont été faites, aux Etats-Unis notamment, pour introduire la pratique du questionnaire écrit dans la consultation hospitalière. Le malade doit répondre par écrit à un questionnaire plus ou moins fermé, avec la possibilité de se faire aider par une infirmière. Shuy (1972) examinant certaines des questions ainsi posées par écrit dénonce les présupposés culturels qu'elles recèlent mais montre par ailleurs que les mêmes présupposés sont présents dans les interrogatoires face-à-face. De plus, selon lui, il semble que les réponses au questionnaire écrit soient plus fiables que celles données à l'oral au médecin par le même malade. Si cette constatation me paraît notable, c'est qu'elle va à l'encontre d'une certaine idéologie de l'oral, considéré comme plus spontané que l'écrit, auquel on l'oppose magiquement. Dans la pratique du questionnaire écrit, le malade n'a certes aucune initiative, mais il dispose du temps pour réfléchir, de la possibilité de revenir en arrière, de demander une explication à l'infirmière, plus proche de lui que le médecin. Il répond donc en dehors de tout rapport d'autorité. De plus, le questionnaire est exempt des traits discursifs qui, dans la consultation, relèvent de ce que l'on peut appeler "interrogatoire".

- Interrogatoire: troisième mise en ordre discursive, l'interrogatoire présuppose les structures sous-jacentes de l'interrogation et du questionnaire. Les opérations qu'il permet sont multiples. Voici celles qui apparaissent fondamentales dans la consultation médicale:

1/ une catégorisation de l'interrogé: sociale, psychologique, médicale, elle est dominée par toute une série d'oppositions: normal/déviant, coopérateur/rétif, cultivé/inculte, etc. Cette catégorisation est fondamentale pour l'avenir du malade car d'elle dépend en bonne part le traitement qui lui est donné (par exemple la décision de l'hospitaliser ou non). Cette fonction de catégo-

risation est commune à d'autres situations d'interrogatoire: l'oral des examens a ainsi sur l'écrit l'avantage reconnu de permettre de juger le candidat autant que la performance.

2/ Une réduction du discours propre de l'interrogé: le questionnaire ne tient pas compte de ce discours mais n'inversement aucune prise sur lui. Au contraire, l'interrogatoire peut revenir sur la réponse du malade pour la refuser, en argumentant éventuellement ce rejet. C'est pourquoi l'interrogation procède en trois temps: question/réponse/acceptation ou rejet de la réponse.

3/ Une exigence de non-contradiction constamment maintenue, et entièrement détenue par le médecin, seul juge de ce qui est ou non contradiction. Le discours de l'interrogé peut sans cesse être retourné contre lui, par exemple en étant confronté avec son discours antérieur. Ce dernier mécanisme est lié à une propriété de l'interrogation: la question peut porter sur le dictum: "vous m'avez pourtant bien dit tout à l'heure que vous pesiez 50 kg il y a dix ans, comment pouvez vous dire que....".

Si la consultation est ainsi, selon les termes de Goffman, un système d'interrogation où le même acteur pose les questions, elle apparaît plus précisément, comme reposant sur trois modèles de contraintes hiérarchisés : interrogation, questionnaire, interrogatoire. A partir de ce modèle, de nombreux traits des consultations s'analysent parfaitement. Certes celles-ci intègrent d'autres pratiques discursives: par exemple la "leçon" du médecin au malade; ou encore la "conversation" (remarques spontanées du malade, plaisanteries, etc.) mais, quelles qu'elles soient, ces pratiques discursives représentent précisément un des niveaux où l'on peut mettre en rapport le langage et le système "interactionnel-institutionnel" correspondant.



BIBLIOGRAPHIE

- CICOUREL A. (1975) "Discourse and Text" in Versus.
- GOFFMAN E. (1975) Replies and Responses. (Manuscrit)
- LABOV W. (1972) "Rules for Ritual Insults" in Language in the Inner City.
- SEARLE J.R. (1972) Les actes de langage, Paris, Hermann.
- SCHEGLOFF E (1968) "Sequencing in conversational opening" American Anthropologist, vol. 70.
- SHUY R. (1972) Sociolinguistics and the Medical History, (ronéo).
- SINCLAIR J.M. et COULTHARD R.M. (1975) Toward an Analysis of Discourse, London, Oxford Univ. Press.



QUELQUES PROPOSITIONS POUR L'ANALYSE D'UN DISCOURS POLITIQUE:  
LÉON BLUM, LE 31 MAI 1936

par Christian BACHMANN, Lucile DURO-COURDESSES, Nicole LE  
GUENNEC, Centre d'Etudes et de Recherches sur le langage  
et la communication, Université de Paris-Nord



QUELQUES PROPOSITIONS POUR L'ANALYSE D'UN DISCOURS POLITIQUE:  
LÉON BLUM, LE 31 MAI 1936

Christian BACHMANN, Lucile DURO-COURDESSES, Nicole Le GUENNEC

1. L'étude du discours politique : quelques remarques

Les études formelles de discours politiques, qui tentent d'en prendre en compte les aspects les plus minutieux, reposent généralement soit sur des procédures d'analyse de contenu (décompte lexicographique, structuration lexicologique, analyse thématique, analyse quantitative des éléments récurrents, etc.), soit sur une analyse proprement linguistique de phénomènes distributionnels ou de faits d'énonciation (cf. R. ROBIN 1973, D. MAINGUENEAU 1976, etc.). Le problème majeur qu'elles rencontrent paraît se poser ainsi: comment articuler de fait une étude historique ou politique et une analyse "de surface" qui s'appuie sur une conception linéaire des énoncés, et sur le postulat de l'immanence du texte.

Z. Harris fournit un exemple limite: bien qu'il ait affirmé en 1952 l'importance des faits sociologiques pour une analyse de discours, il les a toujours, ultérieurement, éliminés de ses travaux. L'approche distributionnelle a mis l'accent sur le fait linguistique pur, indépendamment de ses conditions de production, des situations de communication, et des forces psycho-sociales qui déterminent des phénomènes couramment appelés d'"énonciation".

1.1 Un discours de L. BLUM en 1936: première  
approche en 1971

L'étude de l'énonciation et de ses marques, sur laquelle se sont centrés plusieurs travaux, a permis de prendre en compte le "sujet parlant", sujet linguistique apparaissant explicitement dans l'énoncé. L'analyse comparative de deux dis-