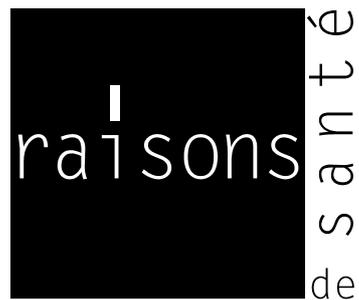


Hospices/CHUV
Service de psychiatrie de liaison
Département universitaire de psychiatrie adulte
Lausanne



COMMUNIQUER ENTRE SOIGNANTS

L'imaginaire linguistique des professionnels d'un
réseau suisse romand de soins psychiatriques

Manuel Schaffter

Soutien financier : Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA).

Citation suggérée : Schaffter, M. (2005) « Communiquer entre soignants : L'imaginaire linguistique des professionnels d'un réseau suisse romand de soins psychiatriques », Lausanne : Département universitaire de psychiatrie adulte, Raisons de santé, 105.

Remerciements : En premier lieu, je tiens à remercier le Professeur Pascal Singy, qui a dirigé ce projet de façon très éclairante.

La recherche présentée dans ces pages n'aurait pu voir le jour sans l'action conjuguée du Professeur Patrice Guex, de Monique Moser-Boujol et Anne Decollogny. Je les en remercie vivement et adresse également toute ma sympathie aux chercheurs actifs au sein du projet ARCOS 3.1.1. Merci aux membres du réseau psychiatrique du Grand Lausanne qui ont accepté de consacrer une partie de leur temps à nos entretiens de recherche.

J'adresse ma gratitude aux personnes qui ont relu et discuté ces pages en cours de rédaction. Merci à Orest Weber, sociolinguiste, pour son précieux soutien.

Je souhaite enfin remercier tout particulièrement la Professeure Anne-Marie Houdebine-Gravaud pour l'attention portée à mon travail et pour sa préface encourageante.

Version téléchargeable : <http://www.iumsp.ch>
(onglet Publications > Raisons de santé)

SOMMAIRE

Préface , par Anne-Marie Houdebine-Gravaud	I-III
1 Introduction	1
2 Théories et hypothèses	4
2.1 Société : théorie des champs sociaux	4
2.2 Imaginaire linguistique	6
2.3 Hypothèses et typologie des normes subjectives	9
3 Méthodologie	13
3.1 Présentation du terrain	13
3.2 Production des données	14
3.3 Echantillon	15
3.4 Traitement des données : analyse de contenu	17
3.4.1 <i>Unités d'enregistrement</i>	17
3.4.2 <i>Codage</i>	18
3.4.3 <i>Techniques de comparaison</i>	19
4 Résultats et discussion	20
4.1 Phase pilote : discussion de l'hypothèse	21
4.2 Variations des normes constatives : hypothèse A	32
4.3 Variations des normes évaluatives	35
4.3.1 <i>Discussion des hypothèses B et C</i>	35
4.3.2 <i>Discussion de l'hypothèse D</i>	39
5 Conclusion	44
6 Références bibliographiques	46

PREFACE

par Anne-Marie Houdebine Gravaud

Il est à la fois étonnant, passionnant et très intéressant de voir utiliser une théorie que l'on a soi-même élaborée en mettant un certain temps à la construire ; presque 30 ans, puisque c'est en 1975 que j'ai tenté de systématiser les données concernant les représentations ou fantasmes des sujets parlants sur la langue ; ou, largement dit, sur leur parler et sur ceux d'autrui. Cela à partir des éléments recueillis dans les enquêtes menées pour la thèse de doctorat d'Etat¹. En ces temps de sociolinguistique triomphante, il m'était apparu nécessaire de faire aussi une place au sujet parlant en tant que tel. Aussi. Parce que même si chaque sujet est construit par l'Histoire de son époque, son milieu social et culturel, son statut, ses groupes d'appartenance, tous phénomènes induisant ses discours dont témoigne sa langue, il peut aussi y jouer, s'y jouer c'est-à-dire s'y construire comme être singulier de diverses façons. Ce que démontrait – et démontre toujours – le fait que des sujets aux origines sociales équivalentes, appartenant à des milieux ou groupes socio-culturels ou professionnels homogènes ou proches – et donc homogénéisables dans les enquêtes – présentaient des comportements et attitudes linguistiques différenciés. Cela indiquait clairement – à mon sens – qu'une variable subjective oeuvrait qu'on pouvait, qu'on devait chercher à objectiver dans les analyses linguistiques quantitatives et qualitatives ; ces dernières l'emportant dans la mise au jour de cette variable, définie alors comme "le rapport du sujet à la langue", puis devenue au fil du temps *l'Imaginaire linguistique* (IL).

Manuel Schaffter le rappelle en présentant ce modèle qui sert de premier fondement à sa recherche, en l'adaptant à son domaine spécifique : *le champ hospitalier* et plus précisément *psychiatrique* (Lausanne) ainsi qu'aux objectifs de son étude *les réseaux communicationnels et leur représentation*, plus ou moins réelle ou idéalisée, chez les divers *informateurs interrogés* (*médecins, infirmiers, assistants sociaux*) comme on le découvrira ci-dessous.

Il me plaît de recommander la lecture de cet ouvrage et les études qui y sont présentées. On y trouvera non seulement une démarche rigoureuse, précise, aux hypothèses bien explicitées et évaluées, comme l'indique l'analyse des résultats de l'enquête-entretien (2001-2003), mais également une recherche originale, bien documentée théoriquement et méthodologiquement ; appliquant le modèle de l'IL en en donnant une présentation adéquate, qu'il s'agisse des normes objectives, ou subjectives, en les précisant eu égard au lieu comme au champ d'analyse, aux informateurs et aux objectifs de la recherche (normes objectives étudiées à partir des pratiques effectives ; normes subjectives dégagées des discours relevés, anonymés).

Au sein du champ hospitalier, l'étude s'attache au fonctionnement des réseaux communicationnels et des interactions discursives afférentes ; ou plutôt *la vision* de leur fonctionnement, adéquat ou inadéquat, à travers les discours des informateurs (17 retenus dans l'analyse). *La vision*, donc la représentation que les sujets s'en font ; autrement dit leur

¹ Sous la direction d'André Martinet, soutenu près de l'Université René Descartes en février 1979, non publiée; la première notion écrite publique de *l'Imaginaire linguistique* est dans le *Français Moderne*, en 1982, " Norme, imaginaire linguistique et phonologie du français contemporain ", Paris, p. 42-51.

perception, plus ou moins réelle ou idéalisée, c'est-à-dire fantasmée. Ce qui n'est pas le seul fait de ces informateurs mais de chacun-e d'entre nous : nos perceptions, représentations, ou plus prosaïquement dit *vision des choses* étant non seulement guidées par nos statuts sociaux, nos groupes d'appartenance, notre éducation - tout ce qui nous construit comme être social et historique (imprégné de l'Histoire du monde qui nous entoure, de notre époque) comme sujet socio-culturel - mais aussi imprégnées par notre histoire personnelle. Tous éléments relevés par des auteurs aussi différents selon les versants observés que Marx ou Freud - pour citer les ancêtres - ou bien d'autres ; et parmi eux Bourdieu par exemple, que reprend Manuel Schaffter avec la fameuse notion d'*habitus*, l'importance du *statut* de l'informateur, de sa *légitimation sociale* au sein du groupe et à ce qu'elle lui permet d'*autonomie discursive* ; sans oublier ce qui transparait de sa propre subjectivité, de sa singularité. J'insiste sur cet aspect de l'étude. En effet la plupart du temps lorsqu'une recherche investit un côté, disons sociolinguistique par exemple, l'aspect plus subjectif est évacué. L'inverse se produisant également. Ici il n'en est rien. L'analyse est prudente, précise et cherche à ne négliger aucune des causalités que mettent en avant les discours des sujets interviewés sur le fonctionnement communicationnel de leur réseau. Des hypothèses à fondement bourdieusien, en termes d'auto-légitimation ou d'insécurité de statut, sont mises en œuvre qui permettent de vérifier les imaginaires de groupes auxquels certains s'ajustent, comme l'indiquent la convergence des données permettant de dégager, d'inférer un profil de groupe ; d'autres s'en écartent, divergent quelque peu eu égard à leur groupe (un médecin comme un infirmier ou un assistant social). La connaissance de ces informations permet à Manuel Schaffter d'énoncer des explications et d'émettre des interprétations plausibles et efficaces quant à ces différences individuelles repérées alors que fonctionnent de façon non contestable les réponses (attitudes, représentations, imaginaires) de groupe, selon les différences notées entre statut de *dominant* et/ou de *dominé* et leur rapport probable (différencié) à l'interviewer. Il convient certes de rester attentif aux *habitus* mais aussi aux irrégularités (divergences ou innovations) subjectives. Apparemment plus haut est le statut, plus grande est *l'autonomie subjective* et plus est acquise ou s'acquiert l'assurance de sa propre singularité ou de son individuation parlable, par tant de sa capacité à l'auto-critique, à la mesure même de l'auto-légitimation. C'est ce que Manuel Schaffter dégage chez les médecins plus que chez les assistants sociaux.

On notera aussi son relevé très fin des modalités de mise en scène de la personne (*soi individué* ou *soi institutionnel*, catégorisé comme *soi collectif*) en notant une opposition entre les médecins (et en particulier un chef de clinique – une ?) et les assistants sociaux ou les infirmiers dont les paroles relèvent plus de *l'hétéro-évaluation* et de l'usage d'un *soi collectif* ; c'est-à-dire pris dans les réseaux communicationnels.

J'insiste : convergence ou divergence de groupe (médecins vs infirmiers par exemple ou assistants sociaux) mais aussi spécificité individuelle, divergence d'avec le groupe, apparaissent magistralement étudiées au fil des données recueillies et analysées. On aura donc soin de regarder de près les différents graphiques présentés, suivis ou précédés de commentaires précisant scrupuleusement l'obtention des données comme leur analyse et l'interprétation qui s'en infère.

Précisons encore : des entretiens sont analysés et donc des discours. C'est pourquoi j'ai dit que des *visions* sont prélevées et étudiées. Dans les discours recueillis, il est certes question de langage médical (de langage de spécialité), mais c'est *la vision de modalités communicationnelles, d'interactions discursives et communicationnelles* que Manuel Schaffter analyse ; donc *d'imaginaire communicationnel* plus que *linguistique*. Néanmoins c'est bien *la fonction métalinguistique* inhérente au fonctionnement langagier de l'être humain, à sa capacité unique et fondamentale d'imaginaire qui est à la base de l'activité parlante ici étudiée.

En se situant au niveau communicationnel (méta-communicationnel), Manuel Schaffter doit adapter le modèle de l'IL, d'autant que son étude n'a pas seulement des objectifs purement descriptifs mais également pragmatiques. En effet la mise au jour évaluative (et non prescriptive) du fonctionnement communicationnel au sein du service hospitalier – et partant de ces réussites ou difficultés c'est-à-dire des dysfonctionnements (miscommunicationnels) - doit permettre de favoriser des évolutions qui peuvent paraître nécessaires ; même si celles-ci ne sont pas évaluées de la même façon par les divers groupes d'informateurs selon leur statut de "dominants" ou "dominés", comme le catégorise Manuel Schaffter du fait de leur statut professionnel – variable importante dans la différenciation des comportements. Les différents graphiques présentés le montrent éloquemment.

Par ce déplacement du métalinguistique au métacommunicationnel, et bien que cela concerne l'imaginaire, la vision des sujets, Manuel Schaffter est conduit à produire une adaptation du modèle de l'I.L. et à son enrichissement. De très bon aloi.

J'ai un seul regret étant donné mes propres intérêts outre l'imaginaire linguistique : la *variable sexe* n'a pas été prise en compte ; voilà donc une autre étude à mener qui prendra celle-ci comme source.

L'intérêt de ce travail est encore autre. Par ses divers apports descriptifs et théoriques, ses commentaires, il me permet de revenir sur l'*imaginaire scientifique* de notre époque. Celle-ci est tant favorable aux statistiques qu'elle érige en Science des sciences les mathématiques. Que dis-je les mathématiques ? Non LA mathématique. D'autres époques ont préféré l'art de raisonner : la logique ou bien la philosophie. Si l'objet de la Science, exacte ou humaine, est le réel, la réalité représentée et son plus ou moins d'adéquation aux processus réels, alors divers modes d'accès doivent être utilisés, adaptés aux études. S'il convient donc en sciences humaines de rester attentif aux habitus et à ce qu'ils impliquent de convergences de groupe, les irrégularités (divergences ou innovations) subjectives sont également à observer, étudier, interpréter. En sciences ne serait-il pas intéressant de développer une *subjectivité objectivante* ? Et dans le socius une *autonomisation subjective*, une *subjectivité auto-légitimante*, non engluée dans une image dévalorisante, hétéro- ou auto-dévalorisée de sujet d'un groupe « dominé » ? Ce qui permettrait à certain-e-s d'acquérir l'*autonomie subjective*, essentiellement repérée dans cette étude chez les « dominants » ; évidemment en donnant à ceux qui sont appelés « dominés » de meilleures conditions économiques et sociales. Ce qui conduirait peut-être à revaloriser le proverbe populaire que j'entendais dans mon enfance, et qu'on n'entend plus guère il est vrai : *il n'est pas de sot métier*. Autant dire que tout travail est digne ainsi que ceux ou celles qui l'effectuent. La constitution des droits de l'homme de 1948 l'a indiqué en ajoutant *dignité à liberté et égalité* « tous les humains – je substitue humains à hommes – naissent libres et égaux en droit et en dignité ».

Nous voilà loin de l'ouvrage ? Non puisque sa rigueur et son honnêteté scientifique n'excluent pas une visée pragmatique. Manuel Schaffter le souligne : en apportant des informations sur le fonctionnement des réseaux communicationnels institutionnels tels qu'ils sont vécus, ressentis, par leurs acteurs sociaux, il donne des arguments pour favoriser leur évolution. Encore un apport de cette belle étude.

Anne-Marie Houdebine-Gravaud

Professeure de linguistique et sémiologie
Université René Descartes – Paris 5 – Sorbonne
Paris, 27 février 2005

1 INTRODUCTION

En prenant pour terrain d'enquête un système public de soins psychiatriques en cours de réorganisation (celui de Lausanne, en Suisse), le présent travail propose une étude empirique de corrélations entre structure sociale et imaginaire linguistique. Le réseau de soins étudié se caractérise en outre par le fait que s'y opèrent différents aménagements visant une répartition plus économique des tâches (principe de subsidiarité) et, globalement, une meilleure prise en charge des patients à domicile. Modifiant les rôles des différents corps professionnels constitutifs du réseau, cette évolution affecte notamment les processus de communication entre professionnels (médecins, infirmiers, assistants sociaux, et autres intervenants). L'enquête conduite en vue d'étudier comment les membres du réseau perçoivent les changements du système de soins (Bonsack *et al.*, 2003) nous permet d'analyser ici l'aspect métacommunicationnel de données produites auprès d'un échantillon qualitatif d'acteurs du réseau². Afin de préciser la problématique traitée et la nature de l'objet d'étude abordé, divers travaux existants sont évoqués dans ce chapitre d'introduction, qui conduit à l'expression des objectifs de notre étude.

Aux carrefours des sciences linguistique et, notamment, sociologique, ethnographique, se développe une linguistique dite populaire (*folk linguistics*) se donnant pour objet le rapport des sujets parlants à la langue. S'il est vrai qu'il ne suffit pas d'être locuteur d'une langue pour être apte à en proposer, par exemple, une description en termes de règles morpho-syntaxiques, les linguistes et autres chercheurs en sciences humaines ont reconnu l'intérêt de ce que les non spécialistes pensent, ressentent, croient à propos des instruments de communication langagiers dont ils sont les usagers. Parmi les apports de cette inclusion des points de vue subjectifs au sein de l'objet d'étude des sciences du langage, le moindre n'est pas celui de porter les scientifiques à considérer la mesure de partis pris dont ils sont eux-mêmes les héritiers, et peut-être les promoteurs. Ce bénéfice salutaire demeure néanmoins secondaire en regard d'un développement scientifique fondamental qui veut que l'humain apparaisse moins comme une interface entre le linguiste et son objet d'étude – éventuellement conçu en terme de structure – que comme un *sujet* dont les points de vue³ autant peut-être que les pratiques participent de l'objet *langage*.

Au fondement de la sociolinguistique variationniste, les travaux de William Labov nous fournissent un premier exemple d'une inclusion fructueuse des points de vue profanes au cœur de l'objet étudié par la linguistique. En rupture avec le paradigme structural saussurien voulant paradoxalement que l'aspect social du langage se laisse étudier chez un informateur isolé, Labov se propose d'analyser la langue dans le cadre d'une *communauté linguistique*. Or cette communauté n'est pas définie en termes de pratiques mais bien de norme partagée. C'est la convergence des jugements émis par les sujets parlants à l'égard de certaines productions linguistiques – principalement les variétés dites de prestige – qui fonctionne comme critère définitoire de la *communauté*, notion qui participe d'un renouveau notable dans la compréhension des facteurs, en l'occurrence externes, déterminant le changement linguistique (Labov, 1976).

Plus récemment, les travaux conduits en France par Anne-Marie Houdebine-Gravaud nous invitent à reconsidérer le rapport des sujets parlants à la langue, et ce à plus d'un titre. En

² *Métacommunicationnel* réfère ici à ce qui thématise la communication *linguistique*, qu'elle soit verbale ou écrite.

³ Généralement conçus en termes de *normes*. Voir en particulier Aziza Boucherit, « Norme, représentation, idéal, imaginaire linguistique ? », in Houdebine-Gravaud (dir.) 2002:2.

premier lieu, il convient de relever sa démonstration du fait que les normes évaluatives varient selon que les sujets opèrent une évaluation réflexive (auto-évaluation) ou portant sur autrui (hétéro-évaluation)⁴. Héritière de la psychanalyse lacannienne, Houdebine-Gravaud met ainsi en lumière la variation des normes linguistiques relative aux différences entre le regard porté sur soi et celui porté sur l'Autre. En outre, ce résultat affecte la stabilité du critère par lequel Labov définit la communauté linguistique dans la mesure où la norme *commune* s'avère présenter une variation intrinsèque à l'individu. Bien plus qu'une complexification du modèle, c'est une reconsidération de l'ordre causal investigué que prône Anne-Marie Houdebine-Gravaud. Elle s'oppose à une détermination exclusivement sociale de la variation des normes linguistiques, et invite à l'étude d'un ordre causal situé au plan de la subjectivité. Aussi désigne-t-elle l'ensemble des normes linguistiques par le terme d'*Imaginaire*, qui, à son sens, marque la rupture d'avec le paradigme sociologique plus nettement que les notions de « sentiment » ou « attitude ».

La présente étude interroge le poids relatif, sur les imaginaires, de chacun de ces deux ordres de causalités – social et subjectif – qui, nous l'avons vu, ont des importances qui varient d'une école linguistique à l'autre. En particulier, notre question de départ consiste à se demander *dans quelle mesure l'appartenance à l'un des trois groupes professionnels étudiés (médecins, infirmiers, assistants sociaux) détermine chez un individu l'imaginaire relatif aux processus langagiers qui ont lieu au sein du réseau de soins ?*

En comparaison du nombre de recherches consacrées à l'analyse de la communication entre soignants et patients, celui des travaux traitant de la communication entre soignants est infime. Or c'est à ce deuxième niveau que les imaginaires sont étudiés ici : l'objet d'étude est restreint à la portion des imaginaires portant sur les processus de communication entre représentants des professions de la santé constituant le réseau de soins psychiatriques du Grand Lausanne.

La communication entre soignants est abordée dans une perspective interactionniste par les auteurs de *Soins et Communication* (Cosnier et al., 1993). Ce sont les pratiques communicationnelles – et non les imaginaires – qui sont observées et analysées par ces chercheurs. De leurs travaux, deux points paraissent particulièrement informants pour nous. En premier lieu, Cosnier observe une forte ritualisation des interactions entre soignants, particulièrement saillante au plan des formes d'adresse⁵. Il développe ensuite l'analyse selon laquelle l'ensemble des interactions observées révèle une forte hiérarchisation des intervenants, et souligne l'impossibilité de rendre compte de cette hiérarchisation par « un organigramme hiérarchique linéaire » (*ibid.*, p. 31). On retient dès lors l'observation d'une hiérarchie forte et complexe entre soignants. Afin d'étudier en quoi une telle hiérarchie est reflétée au plan des représentations métalinguistiques et en quoi ces représentations participent éventuellement de l'existence de cette hiérarchie ou lui échappent, nous avons recours au modèle de l'Imaginaire linguistique⁶. Le modèle en

⁴ Cf. A.-M. Houdebine-Gravaud, « Insécurité linguistique, imaginaire linguistique et féminisation des noms de métiers », in : Singy (dir.) 1998, p. 156-7.

⁵ Cosnier souligne à ce sujet que les intervenants les moins qualifiés au plan médical échappent en partie à la ritualisation, offrant selon lui un espace interactionnel souple et vivifiant pour les patients. Cf. Cosnier *et al.*, 1993, p. 17-32.

⁶ Telle est la typographie retenue par l'auteure du modèle ; la première majuscule marque une filiation avec la triade lacannienne *Imaginaire, Réel, Symbolique*, et la minuscule à l'initiale de « linguistique » marque que l'Imaginaire linguistique n'est pas un quatrième terme s'ajoutant à la triade mais bien une catégorie de l'Imaginaire.

question est notamment le fruit d'une problématisation des facteurs qui déterminent le rapport des sujets parlants à la langue et à ses usages⁷.

Un point de convergence notable entre la sociolinguistique variationniste et l'étude de l'Imaginaire linguistique tient en ce que les deux approches s'accordent à considérer que les normes subjectives affectent les pratiques langagières. C'est en terme de rétroaction des normes subjectives sur les normes objectives que Houdebine-Gravaud conçoit ce rapport important. Labov, quant à lui, a le mérite d'avoir mis en lumière à Martha's Vineyard l'effet au plan des pratiques (changement linguistique) d'un marquage social conscientisable attaché à diverses variables identitaires sinon sociologiques. Plus proche de notre terrain d'enquête, Pascal Singy souligne l'intérêt de ce rapport rétroactif pour l'analyse de la communication au sein des systèmes de soins, notamment pour le cas de tiers participants lors de consultations médicales où médecin et patient ne sont locuteurs d'aucune langue partagée⁸. En ce qui concerne la présente étude, le postulat de rétroaction des normes subjectives sur les normes objectives, i.e. sur les pratiques effectives, nous porte à considérer l'analyse des normes subjectives comme contribuant à la compréhension de la communication langagière, et notamment des aspects dysfonctionnants de cette dernière. Outre la question d'évaluer dans quelle mesure les imaginaires linguistiques sont irréductiblement des cas particuliers ou seraient au contraire éventuellement descriptibles en termes de tendances caractérisant différents groupes socioprofessionnels, ce travail de mémoire est également animé par le souhait de contribuer à la compréhension de la communication entre professionnels de la santé, et de favoriser l'amélioration de celle-ci.

Ce travail de recherche vise en somme à évaluer, à travers une démarche empirique, dans quelle mesure la profession d'un sujet parlant détermine son imaginaire de la communication langagière entre les professionnels d'un réseau de soins psychiatriques. Par ailleurs, il est postulé qu'une analyse des imaginaires peut contribuer à la compréhension (éventuellement prédictive⁹) des pratiques effectives, ce qui, concernant notre terrain d'enquête, peut favoriser une compréhension et, à plus long terme, une éventuelle réduction des problèmes de communication entre partenaires de soins.

⁷ En contestant « la stricte détermination sociale » de l'insécurité linguistique, Anne-Marie Houdebine-Gravaud introduit la notion d'un autre ordre de causalité (subjectif) sans exclure le premier (sociologique). Cf. Singy (dir.) 1998, p.157.

⁸ Pascal Singy, « Un modèle linguistique au service de la santé ? », in : Houdebine-Gravaud (dir.) 2002:2.

⁹ Singy, *ibid.*

2 THÉORIES ET HYPOTHÈSES

2.1 SOCIÉTÉ : THÉORIE DES CHAMPS SOCIAUX

Mentionnées en introduction, les observations effectuées par Jacques Cosnier en milieu hospitalier attestent d'une complexité des rapports qui, éventuellement conçus comme des rapports de pouvoir sinon de domination, échappent à une description en terme de hiérarchie linéaire. Tout porte à croire que cette complexité ne s'efface pas lorsque l'on considère plus largement les rapports entre institutions de soins, hôpitaux, cliniques, etc.¹⁰ En se plaçant dans une perspective bourdieusienne, la compréhension d'un réseau de soins en tant que partie du *champ* médical – c'est-à-dire comme *sous-champ* – se rattache notamment aux postulats et concepts décrits ci-après.

Compte tenu de la problématique adoptée dans la présente recherche, qui vise à discuter la portée du conditionnement social au plan des imaginaires, force est d'interroger l'abstraction bourdieusienne voulant que l'espace structuré de positions constitué par un champ – ou un sous-champ – se prête à une description ne tenant aucun compte des caractéristiques des personnes occupant lesdites positions. Le caractère impersonnel des positions tranche avec les présupposés attachés au modèle de l'Imaginaire linguistique, fondant ainsi la tension entre *ordres de causalité* distincts esquissée dans notre chapitre d'introduction. C'est donc dans une perspective critique que l'abstraction bourdieusienne est ici retenue.

En synchronie, un champ est généralement conçu en tant qu'état du rapport de force entre les acteurs sociaux (individus ou groupes) en lutte pour bénéficier d'une proportion stable ou croissante d'un certain enjeu dit *capital spécifique*¹¹. L'enjeu peut consister en différentes formes de capital (économique, culturel, social). L'inclination et la capacité à développer des stratégies visant à influencer la distribution du capital spécifique au sein d'un champ se rattachent à ce que Bourdieu nomme *habitus*. On ne saurait exagérer la profondeur de l'ancrage de cet ensemble de dispositions au sein des individus dans la perspective de Pierre Bourdieu : le concept d'*habitus* découle de l'idée que les rapports de force caractéristiques d'un champ donné sont durablement inscrits en chaque individu occupant l'une ou l'autre des positions du champ, et ce sous forme de dispositions influençant les catégories perceptives, les jugements et les actions de l'individu en question¹².

¹⁰ En fait, l'analyse ARCOS 3.1.1 a révélé une tendance généralisée chez les membres du réseau de soins à caractériser les rapports hiérarchiques externes – c'est-à-dire entre institutions – comme relevant de cas particuliers dépendant des personnes en présence. Néanmoins, l'analyse de contenu révèle que les acteurs perçoivent des luttes de pouvoir entre institutions. Cf. Bonsack *et al.*, 2003 – spécialement les sections 3.5 *Hiérarchies*, et 5.1.2 *Les rapports de pouvoir*.

¹¹ Le caractère dynamique de la lutte au cœur du *champ* porte à considérer que la notion de « synchronie dynamique » (Martinet, 1996, p. 29) peut également trouver une pertinence dans la caractérisation de l'approche des champs.

¹² La pensée de Bourdieu a évolué vers une conception plus souple de l'*habitus*. Initialement conçues comme irréversibles, les dispositions en question ont ensuite été envisagées comme substituables sinon évolutives. De plus, Bourdieu a finalement reconnu une part accrue de créativité aux acteurs sociaux en admettant que de l'*habitus* ne se déduisent pas toutes les solutions élaborées par ces derniers. (Accaro & Corcuff, 1986)

Approcher un système de soins psychiatriques en terme de sous-champ consiste en outre à admettre qu'il est influencé par le champ auquel il se rattache, en l'occurrence le champ médical suisse romand. Concrètement, ce « parent pauvre »¹³ du champ médical en porte aussi la mission d'appliquer une action de santé publique dictée par le champ politique. A l'interne, le sous-champ est conçu comme présentant, de même que toute communauté humaine, une structure hiérarchisée et une lutte relative à la distribution du capital spécifique – économique notamment. A titre d'exemple, les salaires constituent un indicateur de la distribution du capital économique entre les trois principaux groupes professionnels du sous-champ psychiatrique étudié. Le tableau suivant indique en francs suisses les salaires minimaux et maximaux attribués pour l'année 2001 aux employés de l'Etat remplissant les fonctions de base attachées aux professions d'assistant social (type C), à l'infirmier (niveau I), et au médecin (assistant titulaire).

Tableau 1 : Intervalles de salaires

	Assistant social	Infirmier	Médecin
Salaire min.	53'754	55'650	64'694
Salaire max.	77'978	80'639	93'509

Il est à souligner que le salaire des médecins atteint la valeur maximale en 5 ans alors que la progression s'étend sur 15 ans pour les deux autres groupes¹⁴. Cela est notamment légitimé par la durée et la difficulté des études respectivement suivies par les professionnels de ces trois groupes. Néanmoins, si le sens commun peut admettre qu'il est justifié d'accroître plus rapidement et vers des montants supérieurs les salaires des personnes dont les études ont été longues et fastidieuses, Bourdieu dénonce un procédé de légitimation dont les écoles seraient l'instrument. Ses travaux révèlent effectivement que les personnes méritantes qui traversent avec succès les épreuves scolaires et académiques sont majoritairement issues de milieux riches en capital symbolique ; c'est-à-dire que bon nombre de ces personnes *héritent* de leurs positions plus qu'elle ne les *méritent* (Bourdieu, Passeron, 1971)¹⁵.

Notons enfin que Bourdieu s'est intéressé de près aux études sociolinguistiques (Bourdieu, 1975) et que la langue occupe une place considérable dans sa réflexion. Dans sa perspective, tout champ est attaché à un *marché linguistique* au sein duquel les pratiques

¹³ Bonsack *et al.*, 2003, p. 55.

¹⁴ Sources: « Fonctions publiques cantonales: Classification et définitions », Fascicule de l'administration cantonale vaudoise révisé au premier janvier 1997 ; « Echelle des traitements dès le premier janvier 2001 », « Médecin assistant », circulaires du Service du personnel de l'Etat de Vaud.

¹⁵ Les auteurs d'une récente étude conduite en Suisse Romande constatent effectivement que « malgré des décennies de démocratisation des études, les deux tiers des étudiants sont issus de familles de cadres moyens ou supérieurs, ou encore de professions libérales. 34% d'entre eux ont au moins un frère ou une sœur à l'Université ou ayant fréquenté l'Université. La familiarité avec l'Université est la plus forte en Droit et en Médecine ». Source : Atzamba et Petroff-Bartholdi (2003), p.8.

linguistiques sont associées à des valeurs inégales distinguant ceux qui en sont les locuteurs – ou *porteurs*. En d'autres termes, l'habitus linguistique, c'est-à-dire la capacité à employer des variables linguistiques « sociologiquement pertinentes » (Bourdieu, 1982), participe du positionnement d'un individu au sein du champ et de ses stratégies de conquête ou de conservation du capital symbolique. Dans un réseau de soins psychiatriques tel que celui du Grand Lausanne, la parole et le parler des médecins font autorité concernant l'aspect principal des actions conduites par les membres du réseau en tant que tels, i.e. l'aspect médical. En termes bourdieusien, les médecins ont toutes les chances d'être, de par leur formation notamment, porteurs de ce qui au sein du sous-champ analysé a valeur de *langue légitime*, c'est-à-dire la norme de prestige conçue comme *capital culturel incorporé*.

2.2 IMAGINAIRE LINGUISTIQUE

Développé au cours des dernières décennies, le modèle de l'Imaginaire linguistique (IL) se définit en premier lieu comme une théorisation du rapport que les sujets parlants entretiennent avec la langue. Plus exactement, Anne-Marie Houdebine-Gravaud définit l'IL en tant que « rapport du sujet à *lalangue* (Lacan) et à *La Langue* (Saussure) »¹⁶. Au-delà d'une référence entendue à la notion de *sujet parlant*, le terme de « sujet » comme désignation des locuteurs renvoie ici à une conception bien particulière de ceux-ci:

« Si j'ai choisi de parler d'*Imaginaire linguistique* [...] c'est pour prendre en compte le sujet parlant en tant que sujet dans l'étude linguistique [en gras dans le texte], c'est-à-dire être singulier, susceptible de contradiction ; sa « conscience linguistique » ne dépendant pas de la seule " légitimation sociale ". »¹⁷

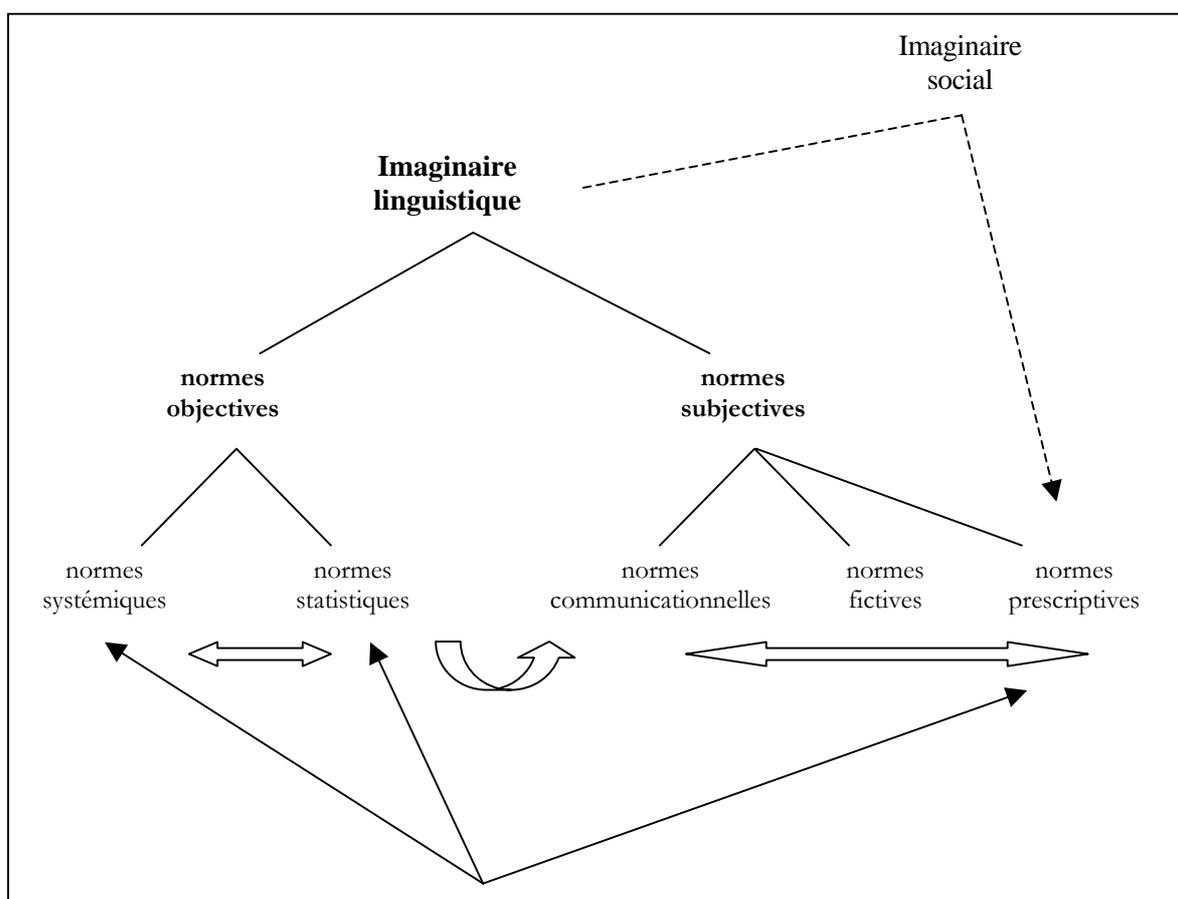
Tout à la fois linguiste et psychanalyste, Anne-Marie Houdebine-Gravaud refuse de concevoir le rapport des locuteurs à la langue saussurienne comme une entité stable et entièrement réglée par l'influence des seules pressions sociales dont les mécanismes d'incorporation ont été abordés en première partie de ce chapitre. Au-delà de cette causalité externe, comprise comme un véritable apport à l'analyse structurale stricte telle que pratiquée avant les années 1960, Houdebine-Gravaud en appelle à la prise en compte de « déterminations subjectives », c'est-à-dire d'un ordre de causalité indépendant de la causalité sociologique. En reprenant le mot lacanien de *lalangue*, elle met l'accent sur le fait que toute analyse des rapports des sujets à la langue n'est pas simplement confrontée à une diversité de ces rapports mais également à une variation de l'entité *langue*, dont les multiples résonances subjectives sont centrales dans la pratique psychanalytique. Si Saussure porte son attention sur les structures partagées (la Langue), Lacan souligne que chaque individu développe sa propre appréciation de quelles sont les structures partagées, et, en ce sens, que chacun a sa *lalangue*. Anne-Marie Houdebine-Gravaud rassemble les deux notions dans la définition précitée, affirmant ainsi que l'IL est ouvert, d'une part, à la prise en compte du rapport des sujets aux structures dégagées scientifiquement par les linguistes, et, d'autre part, aux rapports que les sujets entretiennent avec des structures en marge de la science mais qui, entre autres pour les raisons mentionnées ci-dessous, présentent un intérêt pour l'étude de la langue.

¹⁶ Cf. Singy (dir.) 1998, p. 161.

¹⁷ *Ibid.* p. 160.

Les normes linguistiques subjectives, c'est-à-dire le rapport des sujets parlants à langue dans les deux sens évoqués ci-dessus ont une influence sur les pratiques linguistiques et, par voie de conséquence, sur la langue dans son acception saussurienne. Le principe en question est celui de *rétroaction* des normes subjectives sur les normes objectives, étant entendu que les normes objectives influencent les normes subjectives. La rétroaction – mentionnée dans le chapitre d'introduction en tant qu'objet de consensus entre études de l'IL et sociolinguistique labovienne – est figurée par la triple flèche située au bas du schéma ci-dessous, qui est l'œuvre d'Anne-Marie Houdebine-Gravaud :

Figure 1 : L'Imaginaire linguistique – Interactions des diverses normes (2000)¹⁸



On le voit, la flèche en question signifie l'influence réciproque entre normes prescriptives et normes objectives (systémiques et statistiques). Les normes subjectives (conçues comme un continuum caractérisé par une variation du degré de prescriptivité) étant représentées comme s'influençant entre elles, on en conclut que le modèle représente l'ensemble des normes subjectives comme affectant plus ou moins directement les normes objectives¹⁹. La dichotomie des normes objectives s'apparente à la distinction qu'opère Morteza Mahmoudian entre zones de la structure linguistique : centrales / marginales²⁰. Les zones

¹⁸ Source : Houdebine-Gravaud (dir.) 2002:2, p. 21.

¹⁹ En particulier, la rétroaction des normes communicationnelles sur les normes statistiques est mise en évidence par Anne-Marie Houdebine-Gravaud (cf. 2002 :1, p.166, tableau 6-3).

²⁰ Mahmoudian, 1982, p. 179-180.

marginales, comme les normes statistiques, constituent le lieu conceptuel d'une description scientifique des variations entre usages différents permettant l'intercompréhension. Il convient de souligner chez Houdebine-Gravaud le choix d'inclure celles-ci au sein même de l'IL, comme cela apparaît dans la figure 1 ci-dessus. Bien que distinctes des évaluations et représentations des sujets parlants ordinaires, celles des linguistes, « leurs mises au jour descriptives, dites "objectives" » sont conçues dans le modèle proposé comme « relevant aussi d'un *Imaginaire linguistique* »²¹.

Pour ce qui est des normes subjectives, elles constituent une typologie des évaluations et représentations des sujets parlants. Le caractère discursif de ces normes ressort clairement de l'explicitation qu'en propose Anne-Marie Houdebine-Gravaud :

- (1) *normes évaluatives* : (auto- ou hétéro- évaluatives), dite « constatatives » si elles sont neutres, non qualifiantes.
- (2) *normes communicationnelles* : **accent mis sur** la compréhension, l'intégration au groupe, un idéal de langue communicante.
- (3) *normes fictives* : **arguments** esthétisants, historisants, voire affectifs ; un idéal de langue.
- (4) *normes prescriptives* : à la différence des autres, l'idéal de langue ici **prôné** se base sur des **arguments** hiérarchisants de types académique, littéraire, grammatical, scolaire, etc. : idéal de puriste.

Source : Singy (dir.) 1998. p. 163, [je mets en gras].

Les normes sont donc caractérisées principalement comme des *arguments*, des discours prônant un idéal, ou encore mettant l'accent sur l'une ou l'autre des fonctions du langage. Autrement dit, une analyse de la variation des normes subjectives est avant tout une analyse variationnelle de propos portant sur la langue et ses usages ; tel est le dessein poursuivi dans ces pages. Le prochain et dernier paragraphe de cette section propose quelques précisions terminologiques et structurelles de la typologie des normes subjectives.

Les normes dites évaluatives (1) n'apparaissent pas sur la figure 1 ; la raison en est qu'il s'agit d'une macro-catégorie organisant à l'interne les catégories (2) à (4) dont le contenu peut effectivement s'avérer auto-évaluatif ou hétéro-évaluatif, et le cas échéant non qualifiant ou – pour recourir au terme adopté par Cécile Canut²² – constatif. On retient ici le terme « constatif » et la notion de « normes constatatives », qui permet d'exprimer le fait qu'un énoncé peut être profilé sous forme de constat (modalisation constatative) sans pour autant être exempt de toute portée évaluative – d'où le choix d'écarter le qualificatif « non évaluatif ». Les quelques aménagements du modèle de l'IL attachés à l'application qui en faite ici sont l'objet de la prochaine et dernière partie de ce chapitre théorique. Pour conclure cette présentation du modèle de l'IL, il convient de souligner que celui-ci implique un mode d'observation indirect. Les conditions de production des discours retenus ici pour analyse sont détaillées au chapitre 3.

²¹ Singy (dir.), 1998, p. 60.

²² Houdebine-Gravaud (dir.), 2002:1, p. 168.

2.3 HYPOTHESES ET TYPOLOGIE DES NORMES SUBJECTIVES

Notre analyse des normes subjectives est attachée à une typologie fondée sur celle développée par Houdebine-Gravaud. Avant de présenter le détail des variables retenues ici pour classer les normes subjectives, il convient de préciser la provenance des hypothèses de recherche formulées ci-après. L'absence d'études empiriques antérieures portant sur la relation entre la dynamique des champs sociaux et les imaginaires linguistiques nous prive de la possibilité de proposer des hypothèses fondées sur le principe d'homologie entre champs sociaux. Trois sources constituent conjointement le fondement du corps d'hypothèses retenu pour analyse : (1) les théories décrites plus haut dans ce chapitre, (2) les observations préalablement effectuées au sujet de la dynamique du sous-champ étudié (Bonsack et al., 2003), et (3) l'application de la technique de « lecture flottante » (Bardin, 1977) effectuée sur le corpus traité selon les procédures présentées plus loin (sections 3.4.1 et 3.4.2).

L'analyse est centrée sur la macro-catégorie des « normes évaluatives », qui a notamment pour qualités d'être très englobante et de servir d'ancrage à la dichotomie auto- *versus* hétéro- évaluation, dichotomie dont on a relevé en introduction qu'elle s'avère centrale dans la rupture entre étude de l'IL et sociolinguistique variationniste, et, partant, dans la problématisation du recours exclusif au facteur descriptif sinon explicatif d'ordre sociologique.

Par exclusion, le repérage des normes évaluatives identifie le niveau dit constatif. En effet, on peut considérer comme *constative* une proposition métacommunicationnelle²⁵ dont l'analyse ne permet pas d'identifier au plan du sens manifeste une portée de valorisation ou de dévalorisation de l'un ou l'autre aspect thématique. Comme relevé au point 2.2, les normes constatives procèdent d'une modalisation profilant les énoncés comme des constats, c'est-à-dire que ce type de productions – dont on rappelle qu'elles ont toutes les chances de ne pas être exemptes de portée évaluative, situable au plan d'un sens latent – tend à positionner leur émetteur en tant qu'énonciateur d'une certaine objectivité.

Hypothèse A :

Une position dominante au sein du sous-champ analysé se trouve corrélée dans les propos des acteurs occupant cette position à un rapport de fréquence entre normes constatives et normes évaluatives caractérisé par un taux relativement élevé de normes constatives.

Le choix de comparer les productions des différents informateurs en termes proportionnels (ci-dessus : la proportion entre deux types de normes) sera justifié ultérieurement ; notons simplement ici qu'une telle mesure joint le taux de productions constatives à celui de productions évaluatives.

* * *

²⁵ Peut à ce stade être défini comme *extrait de transcription constituant une évocation explicite de la communication linguistique entre des partenaires du réseau de soins étudié*. La définition des unités d'analyse est affinée au chapitre suivant.

La compilation des différentes variables récapitulées ci-dessous (figure 2) permet – comme il apparaît de manière détaillée dans le chapitre consacré à la présentation des résultats – d’abstraire une mesure du degré de satisfaction apparente de chaque informateur à l’égard de la communication linguistique du réseau. La comparaison de ces mesures vise à permettre une discussion de l’hypothèse B, qui est fondée d’une part sur l’idée que le pouvoir des dominants leur permet de trouver plus de satisfaction que les dominés pour ce qui est de ladite communication, et d’autre part sur la propriété générale des champs voulant que les dominants développent des stratégies de résistance au changement qui peuvent prendre la forme d’une valorisation de l’état actuel, c’est-à-dire une invitation au *status quo*.

Hypothèse B :

Les positions dominantes au sein du sous-champ étudié déterminent une satisfaction apparente – concernant la communication linguistique entre partenaires de soins – comparativement supérieure à celle déterminée par les positions dominées.

* * *

Est également proposée ici l’hypothèse que les positions dominées portent leurs occupants à recourir à la modalisation hypothétique de leurs propos plus fréquemment que les acteurs dominants. Concrètement, il est supposé que l’incorporation des rapports de force conduit les dominés préférentiellement vers une valorisation de virtualités comme alternative à une dénonciation du réel. L’analyse contrastive de ce type de variations suppose une mesure de l’évaluation, choisie en l’occurrence dichotomique, selon qu’elle est valorisante (+) ou dénonciatrice (-).

Hypothèse C :

La position d’un acteur dans le champ détermine la fréquence dans ses propos d’évaluations positives (+) portant sur des usages hypothétiques de la langue.

* * *

L'hypothèse de recherche associée dans la présente analyse à la dichotomie auto-/hétéro-évaluations ne concerne pas le flottement évaluatif révélé par Houdebine-Gravaud mais la tendance à évaluer spontanément autrui ou soi-même en évoquant la communication linguistique entre professionnels de la santé. Attachée à la supposition qu'une position dominée suscite une forme d'insécurité portant ceux qui occupent cette position à développer des stratégies d'évitement (protection de sa propre face négative au d'Erving Goffman, i.e. territoire symbolique potentiellement menacé par la parole d'autrui)²⁴ caractérisées par une tendance à énoncer relativement peu d'évaluations, l'hypothèse en question est formulée comme suit :

Hypothèse D :

La position d'un acteur dans le sous-champ détermine le caractère tendanciellement auto- et/ou²⁵ hétéro-centré des propos évaluatifs qu'il formule au sujet de la communication entre partenaires de soins²⁶.

* * *

L'exposé des variables utilisées afin de produire les résultats de la présente étude ne serait pas complet sans une brève présentation de l'hypothèse rattachée à la phase pilote de l'analyse. Les techniques de traitement des données ont été testées en recourant à deux catégories fournissant, d'une part, une première mesure des phénomènes analysés ultérieurement dans le détail, et, d'autre part, une mesure de la variation dans l'expression de soi dans le cadre de propos thématiques la communication entre les membres du réseau de soins psychiatriques. La première mesure renvoie, au plan du sens manifeste, à la dichotomie *communication problématique* versus *non-problématique* ; et la seconde départage les niveaux individuel (soi-même, ou soi-même et quelques individus) et collectif (l'ensemble d'un service ou d'une institution). L'hypothèse associée à ces deux mesures postulait que – malgré l'anonymisation explicitement attachée au contrat d'entretien – les enquêtés feraient montre d'une forme d'insécurité en situant les problèmes communicationnels (*communication problématique*) relativement à un soi collectif plutôt qu'individuel, et que – en raison d'une asymétrie symbolique entre intervieweur et interviewé – cette tendance serait plus marquée chez les informateurs paramédicaux (hypothèse pilote).

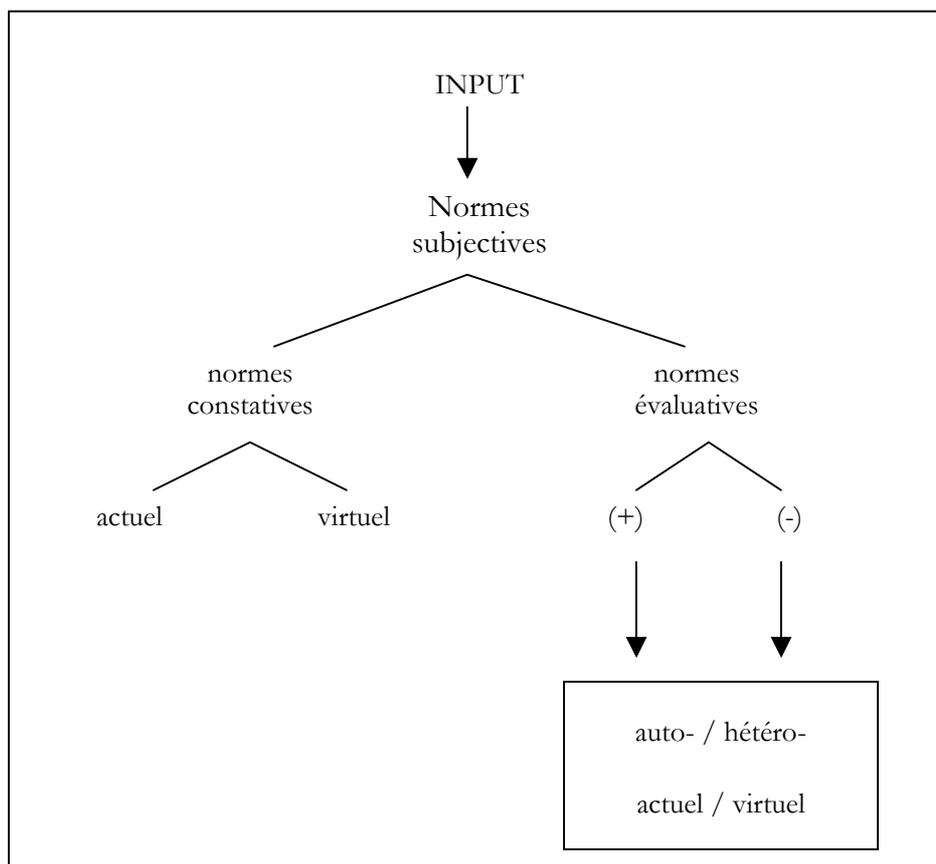
²⁴ Cf. Goffman, 1975.

²⁵ L'hypothèse D porte en outre sur la tendance consistant à effectuer des évaluations prenant pour objet global à la fois soi et autrui (évaluations englobantes).

²⁶ Le présent travail portant sur les imaginaires relatifs à la communication linguistique entre soignants, la désignation *partenaire de soins* s'applique ici exclusivement aux professionnels de la santé, i.e. médecins, infirmiers, assistants sociaux, physiothérapeutes, etc.

Au terme de ce chapitre, relevons le fait que les ordres dits de causalité sociale *versus* subjective ne sont distingués empiriquement que par la mise en évidence d'une limitation des tendances collectives observées. En visant une discussion de la mesure dans laquelle les imaginaires linguistiques – ou communicationnels – s'avèrent relever d'un conditionnement social et/ou subjectif, on a développé ici une méthodologie – présentée au prochain chapitre – permettant de mettre à jour des tendances attachées aux diverses positions existant dans le champ étudié. Empiriquement, la distinction entre tendances de groupes (dominant par exemple) et tendances marginales (au sein des groupes) peut être décrite ; mais peut-on lui associer directement le départ entre une causalité sociale et une causalité subjective ? Dans le cadre du présent travail de mémoire, il est proposé d'admettre la validité d'une telle procédure, tout en relevant qu'elle n'est pas exhaustive dans la mesure où la causalité subjective a tout lieu d'être plus vaste que l'objet défini par soustraction du socialement conditionné.

Figure 2 : Schéma récapitulatif des variables typologiques



NB ! Dans la discussion des résultats, le premier terme de la dichotomie actuel / virtuel est également désigné par les adjectifs « réel » ou encore « effectif ». La dichotomie est explicitée dans la section 3.4.2.

3 METHODOLOGIE

En 2001, l'opportunité m'a été offerte de participer à une recherche pluridisciplinaire menée à Lausanne sur mandat de l'Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise » (ARCOS). Conçu dans les termes d'une Recherche-Action²⁷, le projet en question a été conduit conjointement par des professionnels de la santé et des sociolinguistes réunis afin d'étudier et de favoriser la coopération entre les différents partenaires de la filière psychiatrique du réseau de soins du Grand Lausanne. C'est dans le cadre de ce projet qu'ont été produites les données qui, dans le présent travail, font l'objet d'un traitement et d'une analyse voulus complémentaires au travail effectué en équipe²⁸ entre 2001 et 2003. Ce troisième chapitre propose une description du traitement en question.

3.1 PRESENTATION DU TERRAIN

Le réseau de soins psychiatriques étudié se situe en Suisse romande, il est centré à Lausanne, capitale du canton de Vaud et cinquième ville de Suisse quant à la taille de sa population. Le réseau couvre la ville de Lausanne ainsi que les communes adjacentes ; c'est-à-dire le Grand Lausanne (191'000 habitants à fin 2003)²⁹. A titre indicatif, mentionnons que pour l'année 2001, le Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistiques y a recensé 17'000 emplois relatifs à la santé et aux activités sociales, et 141'000 journées d'hospitalisation psychiatriques (pour près de 5'000 patients).

Depuis 1999, le réseau de soins de la région lausannoise est constitué en une association (ARCOS) reconnue d'intérêt public depuis 2001³⁰. Le sous-champ faisant l'objet de notre analyse est principalement constitué par la filière psychiatrique du réseau en question³¹. En d'autres termes, les informateurs rencontrés dans le cadre de cette recherche sont issus des institutions membres de ladite filière : Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), Etablissements Médicaux-Sociaux (EMS), Centres Médicaux-Sociaux (CMS), Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique (GRAAP). De plus, l'objet d'étude inclut également une institution, qui est extérieure à ARCOS³² bien qu'impliquée dans le parcours des patients psychiatriques ; il s'agit du Centre Social Régional (CSR).

Les *transitions* entre ces différents partenaires de soins, c'est-à-dire les contacts assurant le mouvement d'un patient donné au sein de la filière de soins, constituent des moment-clés dans le contexte lausannois et au-delà³³. L'efficacité du réseau dépend en outre de ces

²⁷ *Recherche-Action* est entendu ici comme suit : étude scientifique participant volontairement de l'évolution de son terrain d'enquête. Pour une présentation des diverses acceptions du terme Recherche-Action, voir Gauthier, 1984.

²⁸ Voir Bonsack *et al.* (2003), *i.e.* le rapport officiel de la recherche en question.

²⁹ Source : Service Cantonal de Recherche et d'Information Statistiques (SCRIS) ; Site internet : www.scris.vd.ch.

³⁰ Cf. ARCOS, 2000 ; ARCOS - Etat de Vaud, 2001.

³¹ Filière « patients psychiatriques chroniques », ARCOS, 2000, p. 11-12, et Annexe 7.

³² Du moins au cours de la période de production des données, c'est-à-dire entre décembre 2001 et mars 2002.

³³ Voir Bonsack *et al.*, *op. cit.*, pt 1.3 p.7.

moments de transition qui impliquent un recours à la communication linguistique, qu'elle soit orale (éventuellement différée de par l'usage de répondants téléphoniques) ou écrite.

3.2 PRODUCTION DES DONNEES

Nos données ont été produites par enregistrement sonore et transcription d'entretiens semi-directifs conduits par l'auteur de ces lignes³⁴ sur le lieu de travail de chacun des informateurs constitutifs de l'échantillon choisi. Le protocole d'entretien a permis d'aborder en 45 à 60 minutes le réseau de soins psychiatriques tel qu'il est perçu par chaque enquêté à partir de son expérience professionnelle récente. Au travers de dix questions principales, le protocole abordait la perception de chaque enquêté à l'égard du fonctionnement et des limites du réseau ainsi qu'à propos d'éventuelles solutions pour remédier à ces limites.

Concernant l'analyse qui en est développée ici, c'est-à-dire une analyse principalement centrée sur la thématique communicationnelle³⁵ à un niveau de sens manifeste, les données ainsi produites peuvent être qualifiées de spontanées dans la mesure où cette thématique n'a pas été incluse au contrat d'entretien³⁶ et ne constituait l'objet d'aucune question du protocole³⁷. On souhaite suggérer ici que le caractère spontané de ces données en accroît l'intérêt, notamment de par la moindre surveillance portée par les informateurs à leurs propres discours sur la communication linguistique. Les données sont qualifiables de relativement spontanées à un second titre, i.e. de par le contrat d'anonymat attaché au protocole d'entretien.

Notons enfin que les imaginaires ne se prêtent à aucune observation directe mais impliquent l'analyse de traces, en l'occurrence discursives. Or les contenus représentationnels dégagés par l'analyse de ces traces ne peuvent être conçus comme préexistants à la production de ces dernières (d'Urung, 1974), c'est-à-dire à l'acte énonciatif (Boutet, 1994) qu'est l'entretien de recherche en ce qui concerne la méthodologie présentée ici. Dans le cas présent, tout porte à croire que le caractère académique de la recherche auquel se rattachait l'intervieweur a porté les interviewés à associer symboliquement l'intervieweur au pôle dominant, c'est-à-dire le pôle médical universitaire.

³⁴ A l'exception de deux entretiens conduits par Pascal Singy.

³⁵ Dans les limites précisées au point 3.4.1.

³⁶ Explicitation préalable à l'entretien et portant sur les caractéristiques générales de la recherche (finalités, mandataires, etc.) ; cf. Blanchet, 1997.

³⁷ Exception faite d'une question de relance posée lorsque le thème de la communication n'était pas abordé en réponse à la principale, i.e. la question des éventuels obstacles à la collaboration identifiés par l'enquêté.

3.3 ECHANTILLON

Les entretiens caractérisés ci-dessus ont été initialement conduits auprès de 25 personnes rattachées au réseau de soins de par leurs activités professionnelles ; le détail de cet échantillon initial est le suivant :

Echantillon ARCOS 3.1.1 : Participants aux entretiens individuels

6 membres du DUPA :
 2 médecins, 2 assistants sociaux, 2 infirmiers

5 intervenants de CMS :
 1 responsable de centre, 4 infirmières en psychiatrie

3 membres du GRAAP :
 la directrice, 1 assistant social, 1 bénévole

2 médecins généralistes installés

2 psychiatres installés

2 assistants sociaux communaux

2 infirmières en psychiatrie travaillant en EMS

2 policiers

1 juge de Paix

Une légère réduction de l'échantillon a été opérée afin de permettre une comparaison entre groupes professionnellement homogènes et numériquement équilibrés. Des difficultés techniques ont conduit à l'exclusion des entretiens conduits auprès d'un assistant social du DUPA³⁸ et d'une infirmière de CMS³⁹. Le détail de l'échantillon spécifique ainsi constitué apparaît ci-après :

³⁸ Piètre qualité sonore de l'enregistrement occasionnant d'importantes lacunes dans la transcription.

³⁹ Entretien peu propice à la comparaison de par le fait que le protocole d'entretien n'a pas pu être suivi avec cet informatrice qui s'est déclaré être en *burn out*.

Echantillon spécifique : médecins, infirmiers, assistants sociaux

Médecins :

- 2 Psychiatres privés
- 2 Médecins généralistes
- 2 Chefs de clinique au DUPA

Infirmiers :

- 3 Infirmiers en psychiatrie de CMS
- 2 Infirmiers en psychiatrie associées aux EMS
- 1 Infirmiers en psychiatrie au DUPA

Assistants sociaux :

- 2 Assistants sociaux au DUPA
- 2 Assistants sociaux du CSR
- 1 Assistant social au GRAAP

Permettant l'étude approfondie de données produites en entretiens individuels, cet échantillon constitue de par sa taille modeste (17 informateurs en tout) un observable au sein duquel les tendances groupales fortes ont toute probabilité d'être importante dans l'ensemble du réseau. Au plan terminologique, il convient de préciser que le terme « médical » est utilisé dans ces pages pour désigner le groupe des médecins tandis que les deux autres groupes sont désignés par le terme « paramédical ».

3.4 TRAITEMENT DES DONNEES : ANALYSE DE CONTENU

L'analyse de contenu se définit généralement comme « une méthode de classification ou de codification des éléments d'un message dans des catégories propres à mettre en évidence les différentes caractéristiques en vue d'en faire comprendre le sens » (M.A. Nadeau, 1987: 346⁴⁰). Il convient également de souligner l'importance de la fonction inférentielle propre à l'analyse de contenu et distinguant cette dernière de la simple analyse documentaire (Bardin, 1977).

Des travaux de Bardin sur l'analyse de contenu, nous retenons l'idée que cette méthode permet au chercheur l'application d'une subjectivité sous contrôle. La valeur des résultats dépend entre autres de la reproductibilité de la procédure et de l'exhaustivité de l'application au corpus retenu. Dans les limites imposées par les moyens à disposition – en particulier le recours possible à un codeur seulement et le caractère confidentiel des données brutes – le maximum a été fait en vue de respecter ces principes légitimes. La procédure présentée ci-après a été appliquée exhaustivement à l'ensemble des transcriptions d'entretiens effectués avec les informateurs de l'échantillon. Quant à la présentation détaillée des catégories et des techniques, elle est censée participer autant de la reproductibilité de l'étude que de son intelligibilité.

3.4.1 Unités d'enregistrement

En ce qui concerne la caractérisation des éléments isolés et comptabilisés par l'analyse de contenu – désignés en termes d'*unités d'enregistrement* selon l'appellation proposée par Bardin – il convient avant tout de souligner que ces unités se définissent par leur caractère thématique-sémantique. Plus concrètement, l'analyse des discours métacommunicationnels spontanés présentée ici procède en premier lieu d'un repérage de ce qui, au plan du sens manifeste des entretiens, relève d'*actes, d'événements, ou de situations de communication* (Hymes 1977) mettant en rapport la/les structure(s) de soins d'un informateur avec d'autres structures du réseau étudié. Autrement dit, les évocations métacommunicationnelles retenues pour analyse portent sur des processus communicationnels externes en ce sens qu'ils concernent des partenaires affiliés à des services ou institutions différents. Parmi les composants que Dell Hymes rattache aux trois niveaux structurels adoptés ici (acte, événement, situation) en tant que catégories thématiques, a été retenue celle qui est en lien avec notre corps d'hypothèses, i.e. les *participants* engagés dans le processus communicationnel, catégorie centrale pour l'analyse du soi ainsi que l'analyse du caractère auto-/hétéro- centré des normes évaluatives.

⁴⁰ Cité par Mayer et Ouellet : 1991, p. 475.

Afin d'obtenir le plus grand nombre d'unités distinctes, les micro-catégories ont été privilégiées ; par exemple, les événements communicationnels relatés sous forme de succession linéaire d'actes ont été découpés en autant d'unités d'enregistrement. En revanche, l'itérativité d'un acte, d'un événement ou d'une situation ne constitue pas un critère influençant le découpage du corpus. Afin de présenter de façon plus concrète ce qui est entendu ici par « unités d'enregistrement », voici un exemple d'unité d'enregistrement centrée sur un acte itératif :

l'assistant social sort de la structure pour aller à l'extérieur, puis il y a plus vraiment l'identité comme ça institutionnelle derrière soi, donc ça prête à confusion par rapport à quel rôle on peut faire, souvent les psychiatres nous disent « mais au fait pourquoi vous venez au réseau ? à quoi vous servez ? qu'est-ce que vous avez fait avec cette dame ? »

(extrait des propos d'une assistante sociale)

L'unité est présentée dans son unité de contexte, c'est-à-dire en présence des composants de la communication⁴¹ thématiques par l'informateur et directement en lien avec l'acte en question.

Notons encore que c'est le souci d'explicitier l'objet conceptuel présidant à la sélection des unités comparées qui a inspiré l'application peu orthodoxe du modèle de Hymes présentée ici. En effet, ce modèle est en principe conçu à des fins de description des pratiques plutôt qu'en tant que grille de découpage du contenu métacommunicationnel d'un corpus. Autrement dit, bien qu'il soit initialement conçu comme une typologie des normes objectives, le modèle hymesien est ici mis à contribution dans la description des normes subjectives et ce afin d'adopter une méthode comparative reposant sur un ensemble de critères explicites appliqués à l'ensemble du corpus.

3.4.2 Codage

La phase pilote mentionnée au point 2.3 se caractérise par le repérage de deux variables sur l'ensemble des unités d'enregistrement extraites du corpus brut. Portant sur l'expression de *soi*, la première des deux variables en question relève son caractère individuel / collectif. Par « individuel » est entendue la référence à un individu ou à un groupe restreint d'individus tandis que la notion de « collectif » renvoie aux expressions de *soi* englobant celui-ci dans la désignation d'un groupe étendu, un service ou une institution. La seconde variable utilisée en phase pilote se rattache à la dichotomie « problématique +/- » faisant le départ entre les unités explicitement associées à une évaluation négative du processus communicationnel thématique (problématique +) et les unités ne présentant rien de tel (problématique -). L'intention attachée à cette variable consiste à repérer, dans une première approche, les processus communicationnels thématiques comme problématiques par les informateurs.

⁴¹ Il s'agit des *components of speech* (composants du discours) définis par Dell Hymes (*op. cit.*). Dans la traduction qu'en propose Josiane Boutet, le détail en est le suivant : contexte, scène, émetteur, destinataire, récepteur, destinataire, finalités-résultats, finalités-buts, forme du message, contenu du message, tonalité, canaux, codes, normes d'interaction, normes d'interprétation, type de discours ; cf. Boutet, 1997, p 15-16.

Dans la seconde phase de codage, les variables indépendantes repérées au sein du corpus d'unités (enregistrement et contexte, comme dans l'exemple ci-dessus) portent d'une part sur le caractère réel / virtuel⁴² attaché explicitement à chacun des processus communicationnels évoqués, et d'autre part sur le caractère évaluatif *vs.* constatif de ces évocations⁴³. De plus – conformément à la planification attachée à la typologie schématisée par la Figure 2 au point 2.3 – au sein des unités classifiées comme évaluatives, le départ a été fait entre celles dont le composant évalué apparaît attaché à soi, autrui, ou encore *englobant* et l'un et l'autre. Pour l'ensemble des variables évoquées, les éventuels cas d'indétermination ont été codés comme tels. A titre d'exemple, voici une unité codée comme évaluative englobante, non problématique et portant sur des procès communicationnels thématiques comme réels : *Bon, avec les EMS en général ça se passe bien parce qu'on a un langage commun* (extrait des propos d'une infirmière de CMS).

3.4.3 Techniques de comparaison

Le découpage et le codage décrits dans les deux sections précédentes constituent le moyen d'une comparaison des fréquences relatives des différentes unités dégagées, permettant ainsi une discussion des hypothèses de recherche. L'analyse des données codées en phase pilote a révélé que le dessein comparatiste gagne à procéder d'une comparaison des fréquences *relatives*. De fait, le nombre d'unités d'enregistrement identifiées dans chaque entretien du corpus ne révèle aucune régularité corrélative à l'appartenance professionnelle des informateurs. L'interprétation proposée ici de ce résultat est que les sujets parlants présentent une tendance à évoquer plus ou moins fréquemment des actes, événements ou situations de communication au cours d'une évocation de leur expérience et de leur perception du réseau de soins psychiatriques, tendance relevant soit d'une variable sociologique non investiguée ici, soit d'une causalité subjective forte. L'apport de la phase pilote a consisté à comparer ces mêmes données en termes relatifs, procédé permettant une comparaison révélant certaines régularités, qui sont commentées au début du chapitre consacré aux résultats. Concrètement, le nombre d'évaluations négatives repérées chez chaque informateur apparaît comme une variable aléatoire ; en revanche, la proportion, dans les propos de chaque enquêté, de ce type d'évaluations relativement à l'ensemble des unités relevées présente une structuration sociolinguistique.

Les résultats présentés ci-après figurent les tendances des trois groupes considérés par des mesures de moyennes. Il s'agit de moyennes de la proportion que représente le taux individuel de l'un ou l'autre type d'unités par rapport à divers taux de référence également pris au niveau de l'individu. Le détail de ces mesures ainsi que les degrés d'homogénéité intragroupe sont précisés au cas par cas.

⁴² Il s'agit de distinguer, d'une part, la communication thématisée comme effective, généralement relatée aux temps du présent ou du passé, et, d'autre part, la communication hypothétique souvent associée à l'usage du conditionnel.

⁴³ En l'absence de traces d'évaluation au niveau du sens manifeste, l'unité est considérée comme constatative. Voir la fin du point 2.2 pour un commentaire du terme « constatif ».

4 RESULTATS ET DISCUSSION

Ce chapitre propose une présentation et une analyse des résultats produits suivant la méthode détaillée plus haut. Les résultats sont exposés dans le cadre d'une discussion des hypothèses formulées au point 2.3. Au fil de la discussion, les hypothèses en question sont rappelées au lecteur.

Les résultats sont principalement présentés sous forme de graphiques comparatifs. Le cas échéant, l'interprétation de ces résultats quantifiés est éclairée par quelques extraits de transcriptions (*verbatim*). Afin de respecter l'anonymat des informateurs, toute information nominale est exclue des *verbatim* ; de plus, les informateurs sont désignés dans l'ensemble de la discussion en recourant aux abréviations suivantes : MED 1 à 6 (médecins), INF 1 à 6 (infirmiers), AS 1 à 5 (assistants sociaux).

Deux points de terminologie :

- 1) Le fait que les unités d'enregistrement soient relatives à des *actes*, des *événements* ou encore à des *situations* de communication linguistique ne constitue pas un critère d'organisation des données pour ce qui est des résultats présentés ci-après. Chacune de ces unités constituant une évocation de la communication linguistique entre partenaires du réseau de soins étudié, on recourt, dans la discussion qui suit, à la notion de **proposition métalinguistique** afin de désigner toutes les unités ainsi définies. Les propositions métalinguistiques sont également désignées par l'abréviation **PML**.
- 2) Afin de qualifier des processus communicationnels problématiques d'un point de vue ou d'un autre, les recherches anglophones recourent au terme « **miscommunication** »⁴⁴. Cet anglicisme est utilisé tout au long de ce chapitre afin de désigner divers ensembles de processus communicationnels problématiques dont les caractéristiques sont précisées au cas par cas.

Au total, 561 PML ont été recensées au sein du corpus ; plus de 30 par informateur en moyenne – les valeurs extrêmes étant 13 et 55. Au plan méthodologique, de tels écarts impliquent que les contenus soient comparés en terme de parties d'ensembles spécifiques à chaque informateur. C'est pourquoi les mesures présentées et analysées ci-après sont des proportions exprimées en pourcentage d'une valeur totale relevée chez chaque informateur. La valeur totale en question peut être le nombre de PML, le nombre de PML évaluatives ou encore d'autres valeurs de référence précisées le cas échéant. Les tendances groupales sont principalement présentées sous forme de *moyenne* de ces mesures de proportions individuelles.

Il convient enfin de préciser que la variable *sexe* n'étant pas prise en compte dans le cadre de la présente analyse⁴⁵ et pouvant favoriser l'identification des informateurs, il a été choisi

⁴⁴ Voir par exemple : West & Frankel, 1991.

⁴⁵ Il est vraisemblable que la variable en question soit corrélée avec certaines spécificités des IL mais l'investigation de cette corrélation n'est pas l'objet du présent travail, dont l'analyse se centre sur l'influence de l'appartenance à un corps professionnel donné.

de falsifier aléatoirement le sexe des informateurs cités, et ce afin de garantir au mieux leur anonymat.

4.1 PHASE PILOTE : DISCUSSION DE L'HYPOTHESE

Les propos des différents informateurs varient pour ce qui est de leurs tendances à situer les processus communicationnels à un niveau individuel ou un niveau collectif-institutionnel⁴⁶. L'hypothèse principale relative à la phase pilote du traitement des données – hypothèse pilote – porte sur une variable spécifique relative à cette variation, i.e. l'expression du soi communiquant : soi individuel / soi collectif⁴⁷. La relative liberté laissée aux informateurs par la technique des entretiens semi-directifs permet une variation dans leur expression de soi, variation dont on interroge ici le rapport avec le type de communication évoqué.

La question est celle de savoir si les informateurs tendent à recourir plus fréquemment au soi collectif lorsque les processus communicationnels qu'ils évoquent sont présentés comme problématiques. De plus, on cherche à déterminer si cette tendance à situer les problèmes communicationnels à un niveau collectif est d'autant plus marquée si les informateurs appartiennent aux groupes dominés, i.e. paramédicaux: infirmiers et assistants sociaux.

Il a été relevé au point 3.2 que les entretiens présentent ceci de particulier que l'intervieweur se trouve affilié au pôle dominant du champ de par la commune nature universitaire de notre recherche et du pôle en question. En d'autres termes, les entretiens présentaient des degrés d'asymétrie variables suivant que l'interviewé appartient à l'un ou l'autre des groupes sondés. L'asymétrie en question est étroitement liée à l'hypothèse pilote dans la mesure où cette asymétrie constitue le révélateur supposé d'une insécurité qui, en pesant sur le jeu de protection des faces, amène les informateurs à s'inclure plus ou moins fréquemment dans un soi collectif.

Lors de la phase pilote, les unités d'enregistrement ont été classées selon **deux axes** : l'un portant sur l'expression de soi et l'autre sur le caractère problématique de la communication thématifiée.

1. Concernant l'expression de soi, les unités – ou PML – ont été départagées selon que le soi relève du niveau individuel (l'informateur et/ou un nombre restreint de collègues) ou collectif (l'ensemble d'un service, d'une institution, etc.). Ce codage visait une classification thématique du soi énoncé dans les évocation de processus communicationnels.

⁴⁶ Il peut être relevé à cet égard que la polysémie numérale du pronom « vous » employé dans les questions du protocole d'entretien laissait en outre une latitude interprétative du côté de l'interviewé, liberté de répondre notamment en *je* ou *nous*.

⁴⁷ Il convient de souligner que cette variable dichotomique n'oppose pas *singulier* et *pluriel* mais bien deux niveaux de caractérisation des acteurs en présence : individu(s) / corps socioprofessionnel. A titre d'exemple, un énoncé tel que « je pense que mon service communique bien avec les autres partenaires » présente un soi communiquant collectif (« mon service ») quand bien même l'énonciateur est désigné à la première personne dans la modalisation cognitive « je pense ». L'exemple est fictif.

2. En ce qui concerne le second axe, il s'agit d'une dichotomie relative à la communication thématisée : (problématique) / (non problématique). Ont été classées comme *communication problématique* (miscommunication) toutes les PML présentant une évaluation négative explicite émise par l'informateur au sujet du processus communicationnel évoqué ⁴⁸ ; à titre d'exemples, les deux verbatims suivant sont considérés comme porteurs d'évaluations négatives explicites :

C'est exceptionnel qu'on reçoive une lettre de sortie d'un patient qui n'est pas le nôtre ou qu'on a adressé en urgence au CITB, on ne sait pas ce qu'il est devenu quoi !

Il y a des sorties [d'hôpital] qui se font où ils [les médecins traitants] n'ont pas été contactés et ça peut amener, surtout avec des patients qui sont un petit peu manipulateurs, à des situations difficiles parce qu'ils vont dire on m'a dit ça, on m'a pas dit ça...

(propos de médecins généralistes)

D'autre part, ont été indifféremment classées comme non problématiques toutes les PML ne présentant pas d'évaluation explicite (PML constatatives) ou présentant une évaluation valorisante (évaluation positive). En d'autres termes, à ce premier stade de codage, les normes constatatives n'ont pas été distinguées des normes évaluatives positives.

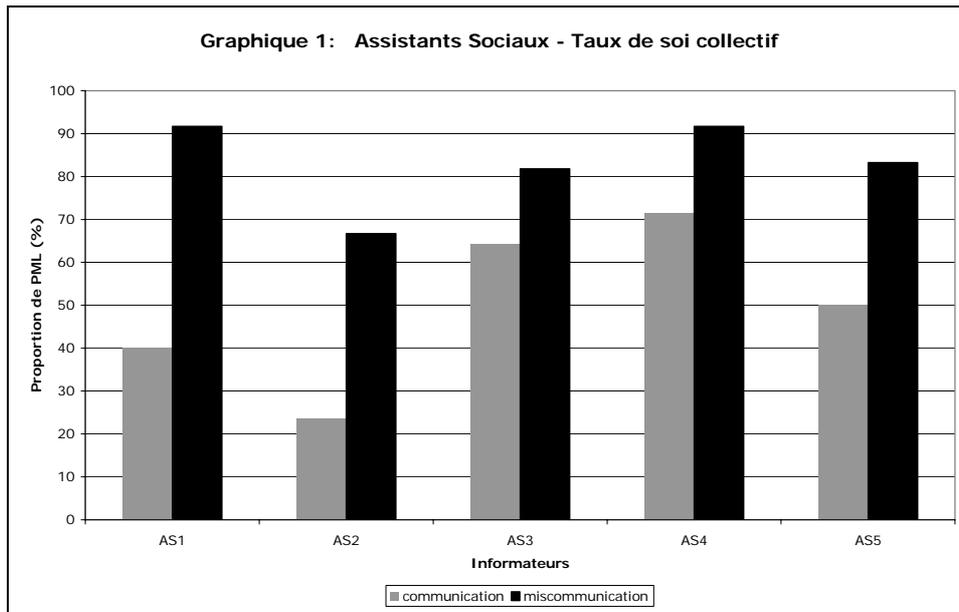
Le croisement des deux axes caractérisés ci-dessus permet en premier lieu de quantifier des PML de 4 types, qui sont représentés par le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Les quatre principaux types de PML liés à l'hypothèse pilote

	soi individuel	soi collectif
miscommunication		
communication		

Les cases supérieures correspondent à un *soi miscommuniquant* dont on suppose notamment qu'il est plus fréquemment collectif que le *soi communiquant*. Ainsi que le montre le graphique suivant, tel est le cas pour ce qui est du groupe des assistants sociaux :

⁴⁸ La miscommunication ainsi repérée se veut donc explicite et basée sur les points de vue des informateurs (évaluations négatives).

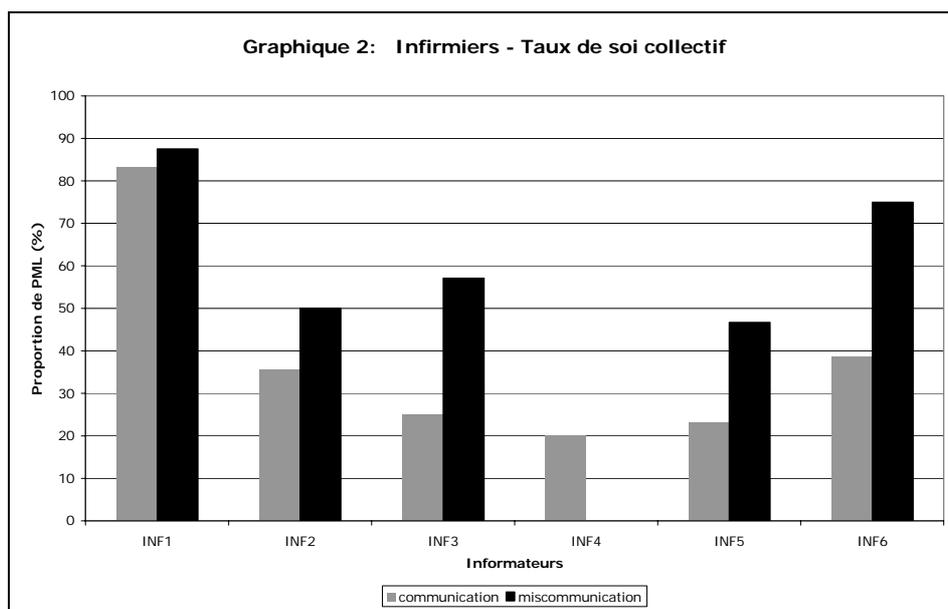


Valeurs totales (100%) :

Communication (en gris): nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication non problématique, à l'exclusion des PML présentant un soi indéterminé relativement à l'opposition individuel / collectif.

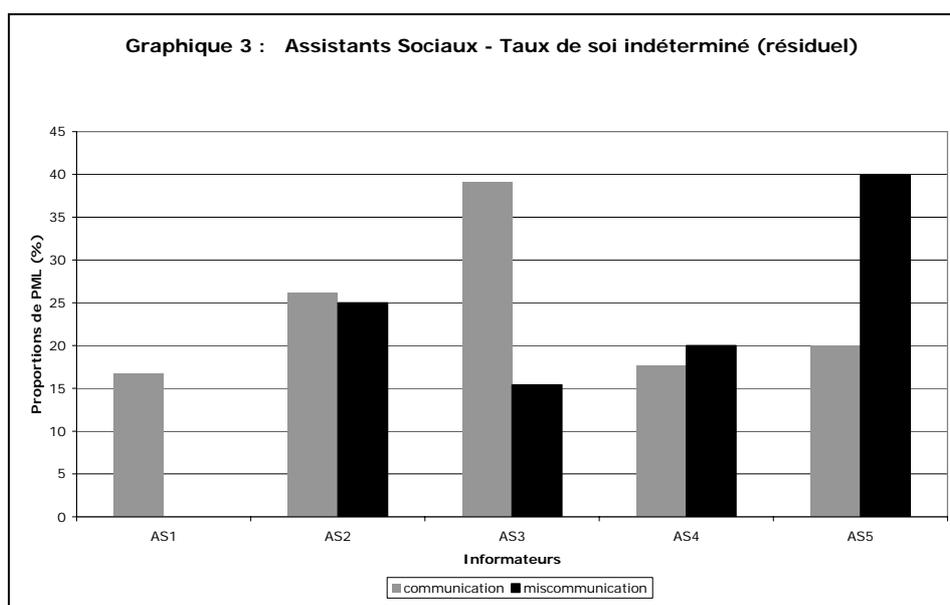
Miscommunication (en noir) : nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication problématique, à l'exclusion des PML présentant un soi indéterminé relativement à l'opposition individuel / collectif.

En concordance avec l'hypothèse de recherche, le soi collectif – ou institutionnel – apparaît ici plus fréquent dans les PML traitant de miscommunication (communication problématique) que dans les autres. Une tendance similaire est observable pour ce qui est du groupe des infirmiers, qui à cet égard s'avère cependant moins homogène – l'infirmier n°4 présentant une variation inverse.



Valeurs totales (100%) : *idem.*

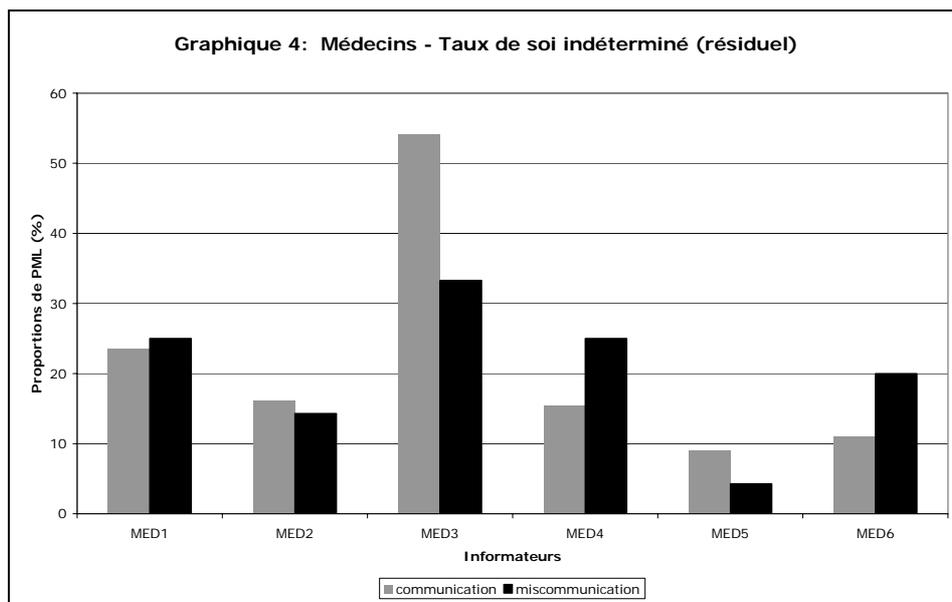
La moindre fréquence d'expressions collectives du soi miscommuniquant (en noir dans les graphiques ci-dessus) observée ici chez les infirmiers en comparaison des assistants sociaux peut porter à supposer que les infirmiers recourent plus fréquemment à l'expression individuelle du soi en question. Or, comme le montre l'analyse des résidus de codage – cas d'indétermination – tel n'est pas le cas. En effet, le codage des expressions du soi communiquant écarte systématiquement les cas où le soi apparaît indéterminé, notamment certains usages du pronom « on ». L'analyse quantitative de ces résidus ne révèle pas de convergence intragroupe, hormis précisément en ce qui concerne le groupe des infirmiers.



Valeurs totales (100%) :

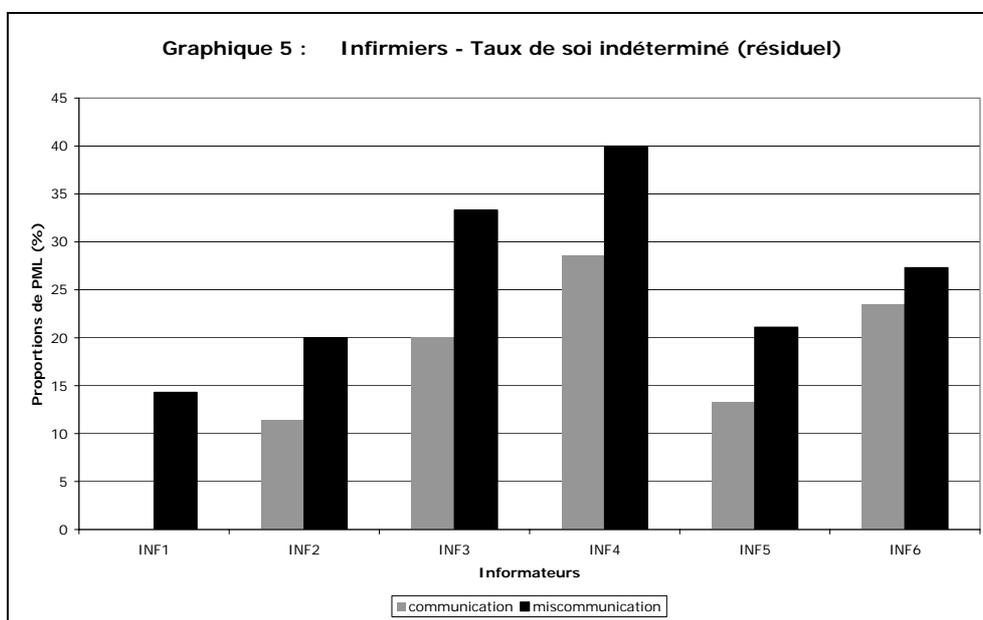
Communication (en gris) : nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication non problématique.

Miscommunication (en noir) : nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication problématique.



Valeurs totales (100%): *idem*.

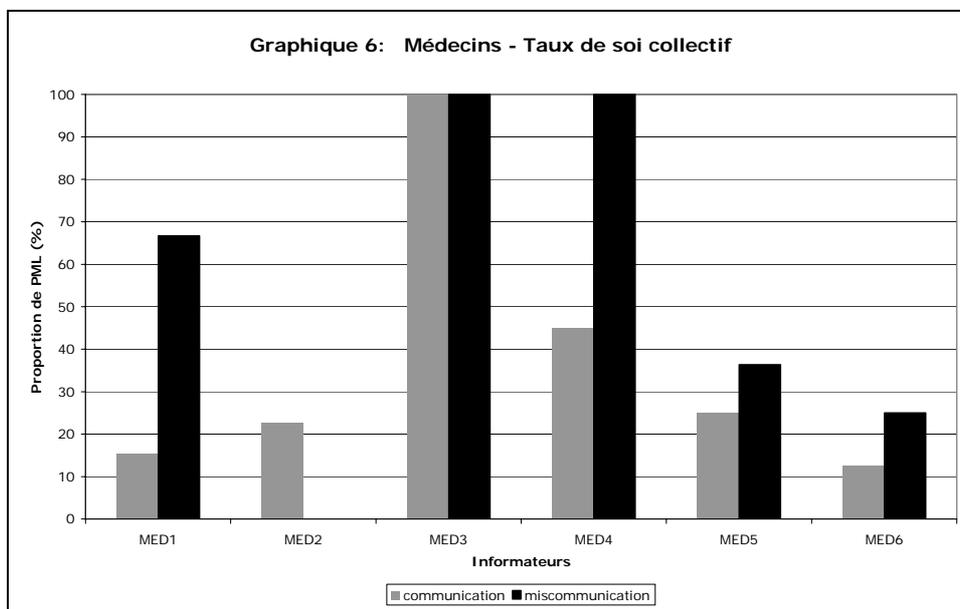
La tendance commune à tous les membres du groupe des infirmiers se caractérise par une fréquence d'expressions de soi indéterminé plus élevée concernant la miscommunication que concernant la communication non problématique. Le graphique 5 présente le détail de ces résidus qui ne sont pas pris en compte dans les graphiques présentant les taux d'expression de soi collectif.



Valeurs totales (100%): *idem*.

En outre, on peut relever que l'usage de l'indéterminé apparaît maximal chez l'infirmier n°4, c'est-à-dire l'enquête dont le comportement différait de la tendance groupale observée dans le graphique 2.

On note ainsi dans les deux groupes paramédicaux de notre échantillon une variation régulière de l'expression de soi suivant que sont thématiques des processus de communication ou de miscommunication ; cette tendance se caractérise notamment par un effacement du soi individuel au profit du soi collectif et, pour le second groupe, du soi indéterminé. En ce qui concerne les médecins, les résultats affichés dans le graphique 6, ci-après, appellent plusieurs commentaires.

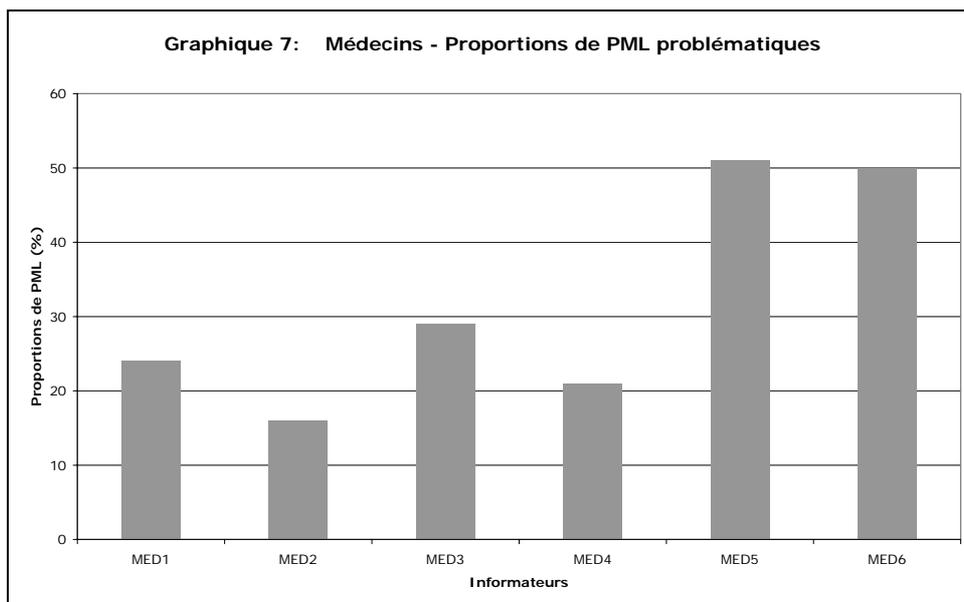


Valeurs totales (100%) :

Communication (en gris): nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication non problématique, à l'exclusion des PML présentant un soi indéterminé relativement à l'opposition individuel / collectif.

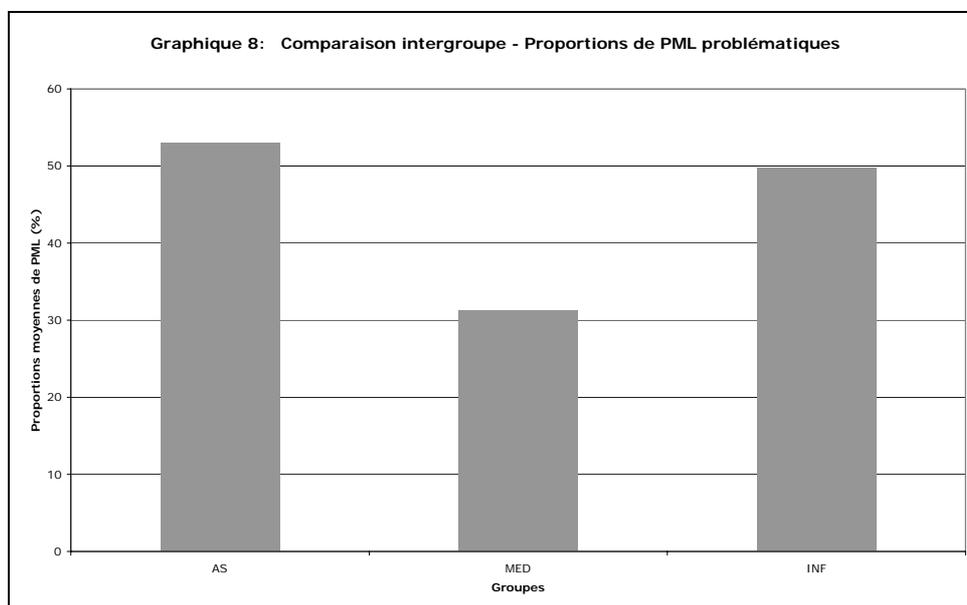
Miscommunication (en noir) : nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication problématique, à l'exclusion des PML présentant un soi indéterminé relativement à l'opposition individuel / collectif.

Commençons par le cas de l'informateur MED 3. Ce médecin généraliste est installé en périphérie de la zone géographique couverte par le réseau et déclare devoir souvent convaincre les partenaires du centre d'accepter de collaborer avec lui. A titre indicatif, se pose ici la question d'une éventuelle corrélation entre cette non-reconnaissance de son appartenance au réseau et l'affirmation forte d'une appartenance groupale observée au plan de l'expression de soi étant donné que cet informateur recourt systématiquement au soi collectif. Il convient néanmoins de relever au sein de son groupe l'apparition de taux extrêmes (MED2 : 0% ; MED3 : 100%, 100% ; MED4 : 100%). Cette forte polarisation s'explique en outre par la petitesse des valeurs totales ; comme en atteste les graphiques suivants, les informateurs concernés se caractérisent par la marginalité des PML problématiques au sein de l'ensemble des PML recensées dans leurs propos :



Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML.

Le graphique 7 révèle la faible proportion de PML miscommunicationnelles chez les informateurs MED 1 à 4, c'est-à-dire notamment l'ensemble des informateurs présentant des valeurs extrêmes au graphique précédent. Comme l'illustre le graphique 8, la faiblesse du taux de PML miscommunicationnelles est dans l'ensemble un trait qui distingue nettement le groupe médical des groupes paramédicaux :

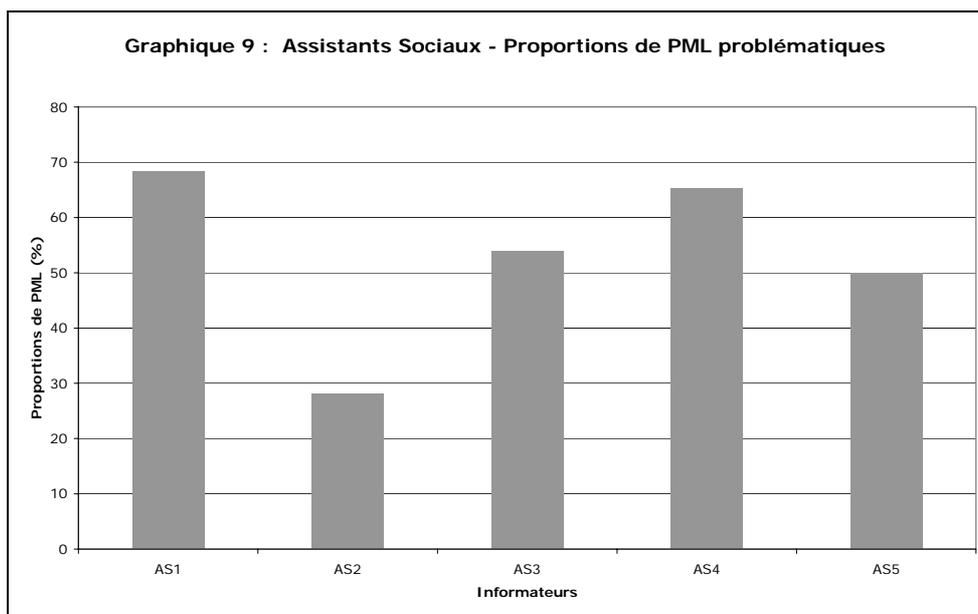


Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML.

Il apparaît ici que la communication problématique est plus fréquemment évoquée par les assistants sociaux et infirmiers que par les médecins. L'écart entre les groupes médicaux et paramédicaux quant aux moyennes présentées dans le graphique 8 atteint 20%, c'est-à-dire qu'apparaît ici une différence récurrente en termes de tendances affichées par les membres des groupes paramédicaux et ceux du groupe médical. Concernant la communication non

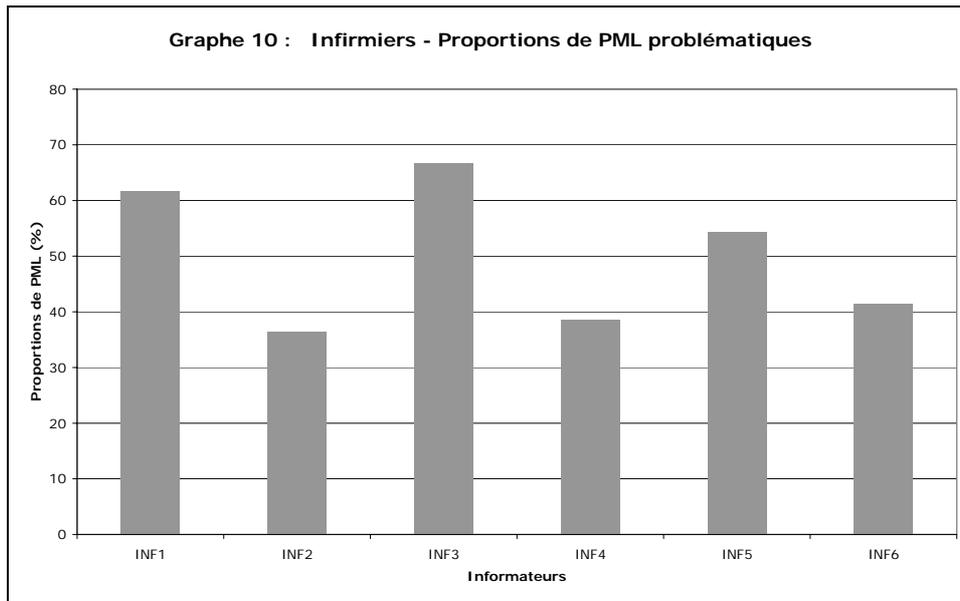
problématique, demeure en suspens la question de savoir dans quelle mesure le contenu communicationnel non problématique évoqué par les informateurs est constitué ou de PML constatatives ou d'évaluations positives – interprétables en terme de satisfaction explicite à l'égard de la communication thématifiée. Ce questionnement est au fondement de l'hypothèse A, qui est soumise à discussion dans la prochaine section de ce chapitre.

Concernant les groupes paramédicaux, la variation intragroupe des taux de PML miscommunicationnelles s'avèrent relativement homogènes ainsi qu'en attestent les graphiques 9 et 10 :



Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML.

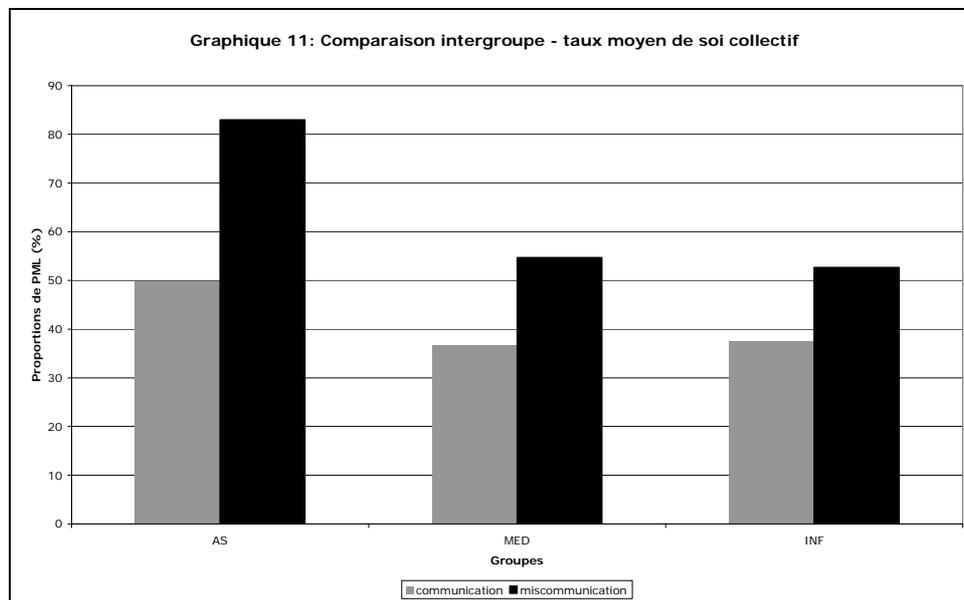
En ce qui concerne les assistants sociaux, il ressort du détail intragroupe qu'un seul informateur (AS 2) s'écarte de la tendance groupale en ne présentant qu'un faible taux de PML miscommunicationnelles (moins de 30%). Il est à relever que l'affiliation institutionnelle de cet informateur le démarque également du groupe. AS 2 a ceci de spécifique qu'il est employé par le GRAAP, une association de défense des droits du patient qui se caractérise par une liberté certaine à l'égard du système de soins et par une organisation interne voulue aussi peu hiérarchique que possible. Les résultats présentés ici suggèrent une corrélation probable entre ces caractéristiques spécifiques et l'apparente satisfaction communicationnelle de l'informateur concerné.



Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML.

Des trois groupes étudiés, le groupe des infirmiers est le plus homogène pour ce qui est des taux individuels de PML problématiques.

Voici enfin les moyennes groupales relatives à la variation du soi collectif au sein de chacun des trois groupes comparés :



Valeurs totales (100%):

Communication (en gris): nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication non problématique, à l'exclusion des PML présentant un soi indéterminé relativement à l'opposition individuel / collectif.

Miscommunication (en noir) : nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication problématique, à l'exclusion des PML présentant un soi indéterminé relativement à l'opposition individuel / collectif.

Les résultats présentés dans cette première section peuvent enfin être intégrés à une discussion de l'hypothèse pilote, dont on rappelle qu'elle consistait à postuler que – malgré l'anonymisation explicitement attachée au contrat d'entretien – les enquêtés feraient montre d'une forme d'insécurité en situant les problèmes communicationnels (*communication problématique*) relativement à un soi collectif plutôt qu'individuel, et que – en raison d'une asymétrie symbolique entre intervieweur et interviewé – cette tendance serait plus marquée chez les informateurs paramédicaux. Dans chacun des trois groupes étudiés, le soi miscommuniquant tend à être plus fréquemment collectif que le soi communiquant (graphiques 1, 2, 6 et 11). Cet écart entre soi communiquant et soi miscommuniquant est maximal dans le groupe des assistants sociaux (graphique 11) ; en revanche, la différence entre médecins et infirmiers tient dans le recours accru à l'expression d'un soi indéterminé quant à son caractère individuel / collectif. Telle que formulée initialement, l'hypothèse pilote n'est donc valide que concernant la comparaison entre médecins et assistants sociaux. On peut rendre compte des faits observés en relevant une tendance accrue chez les groupes dominés à présenter moins d'expression de soi individuel que les dominés lorsqu'il est question de miscommunication.

Les résultats issus de la phase pilote peuvent notamment être interprétés en terme d'insécurité communicationnelle. Une peur de se dépendre comme personnellement confronté à des expériences de communication problématique constitue une cause probable de la tendance accrue des paramédicaux à situer ces processus au niveau collectif-institutionnel. Une telle peur a moins de raison d'être en ce qui concerne les membres du groupe médical, à l'égard desquels l'intervieweur ne représente aucun pouvoir supérieur. Relevons que ce n'est pas la nature *collective* des processus communicationnels qui est en jeu puisque la dichotomie individuel/collectif n'est pas une opposition de nombre mais de niveau descriptif. Ainsi, ce n'est pas un éventuel caractère collectif des processus de communication dont on observe ici la variation mais bien la tendance des informateurs à qualifier par exemple des échanges verbaux comme ayant lieu entre des structures ou entre des personnes. Le caractère individualisé des structures de type cabinet médical, au sein desquelles sont actifs plus de la moitié des médecins interrogés peut rendre compte du faible taux de soi collectif présenté par les médecins. Néanmoins, cette spécificité structurelle ne peut rendre compte de l'écart entre les taux relatifs à la communication d'une part et à la miscommunication d'autre part.

Il faut souligner que l'asymétrie entre intervieweur et interviewé est comprise ici comme le révélateur de disparités entre corps socio-professionnels. Ainsi, la peur évoquée plus haut et la tendance à caractériser les problèmes en termes institutionnels sont analysables comme corrélés à une légitimité qui dépend directement d'affiliations institutionnelles. Le verbatim proposé à titre d'exemple au point 3.4.1 mérite d'être rappelé ici afin d'illustrer cette problématique :

l'assistant social sort de la structure pour aller à l'extérieur, puis il y a plus vraiment l'identité comme ça institutionnelle derrière soi, donc ça prête à confusion par rapport à quel rôle on peut faire, souvent les psychiatres nous disent « mais au fait pourquoi vous venez au réseau ? à quoi vous servez ? qu'est-ce que vous avez fait avec cette dame ? »

(extrait des propos d'une assistante sociale)

La légitimité des membres du groupe médical dépendant moins de leur éventuelle affiliation institutionnelle que de leur statut de médecin, on comprend qu'ils privilégient comparativement moins l'expression institutionnelle d'eux-mêmes (*soi collectif*).

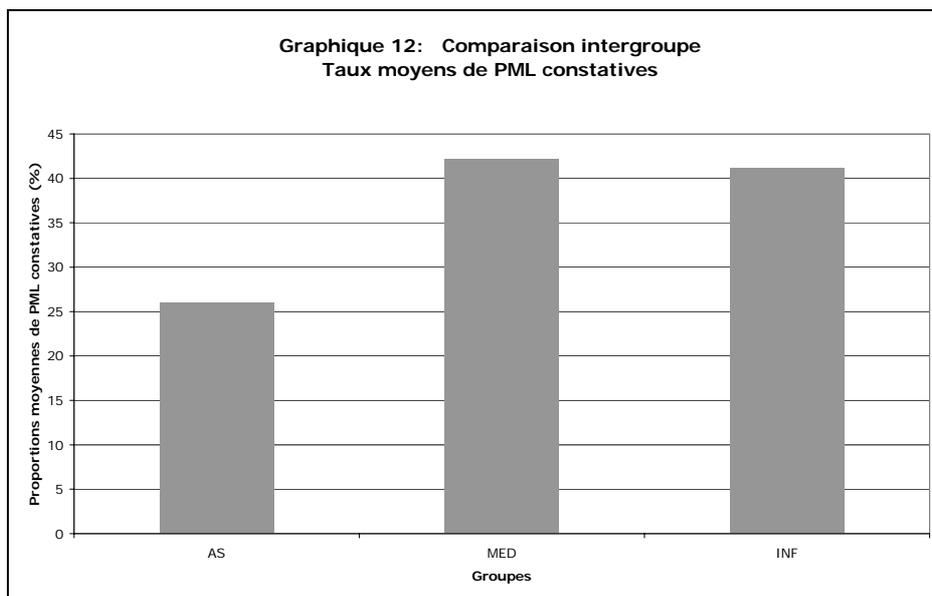
Dans l'interprétation des corrélations observées jusqu'ici entre l'Imaginaire linguistique et les appartenances socioprofessionnelles, il doit enfin être souligné que les variations du soi collectif observées chez les infirmiers relèvent plus clairement de stratégies de protection du soi individuel que celles constatées dans l'autre groupe paramédical. Le recours très fréquent au soi collectif dans les PML miscommunicationnelle exprimées par les assistants sociaux est de nature à donner à leurs propos un poids que leur position sociale n'accorde pas à l'individu. Ainsi, si nos observations attestent d'une insécurité chez les informateurs paramédicaux en général, elles révèlent également une stratégie de légitimation attachées aux revendications des assistants sociaux en particulier.

4.2 VARIATIONS DES NORMES CONSTATIVES : HYPOTHESE A

Suite à la phase pilote, plusieurs variables supplémentaires ont été intégrées au traitement des données. En particulier, il est fait état dans la section précédente du besoin d'appréhender de manière plus détaillée ce qu'on a appelé *communication non problématique*. En départageant les PML caractérisées par une évaluation positive (communication faisant l'objet d'une satisfaction explicite) et les normes constatatives (PML sans évaluation explicite), on peut effectuer un premier pas vers la mesure non plus seulement de l'insatisfaction apparente mais également de la satisfaction exprimée par les informateurs au sujet de la communication au sein du réseau de soins étudié.

Dans cette section sont présentés les taux de normes constatatives, taux discutés relativement à l'hypothèse A. Il s'agit en premier lieu de préciser dans quelle mesure les données tendent à confirmer ou à infirmer notre supposition que les dominants présenteraient des taux de productions métalinguistiques constatatives comparativement élevés .

Alors que l'on supposait une différence entre médicaux et paramédicaux, les résultats illustrés par le graphique 12 attestent d'une divergence entre assistants sociaux et soignants :

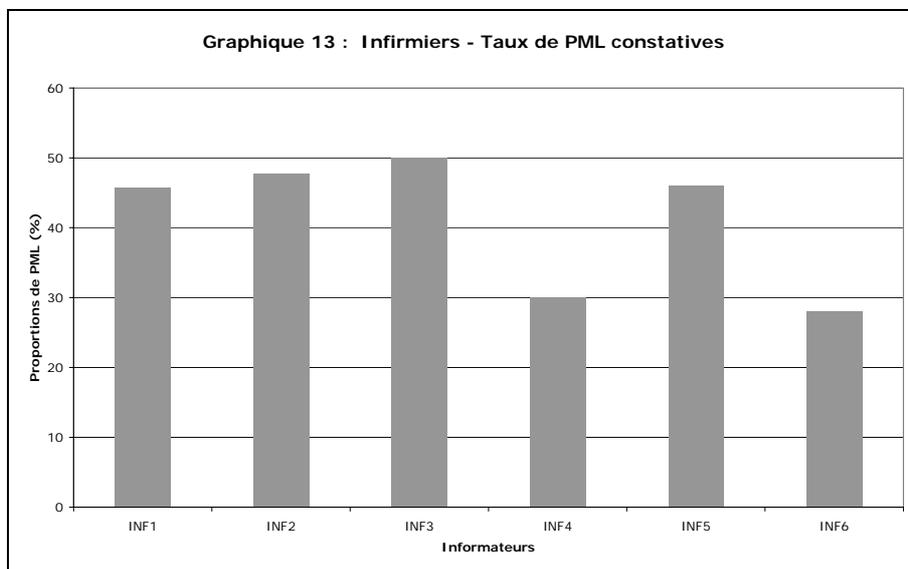


Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML.

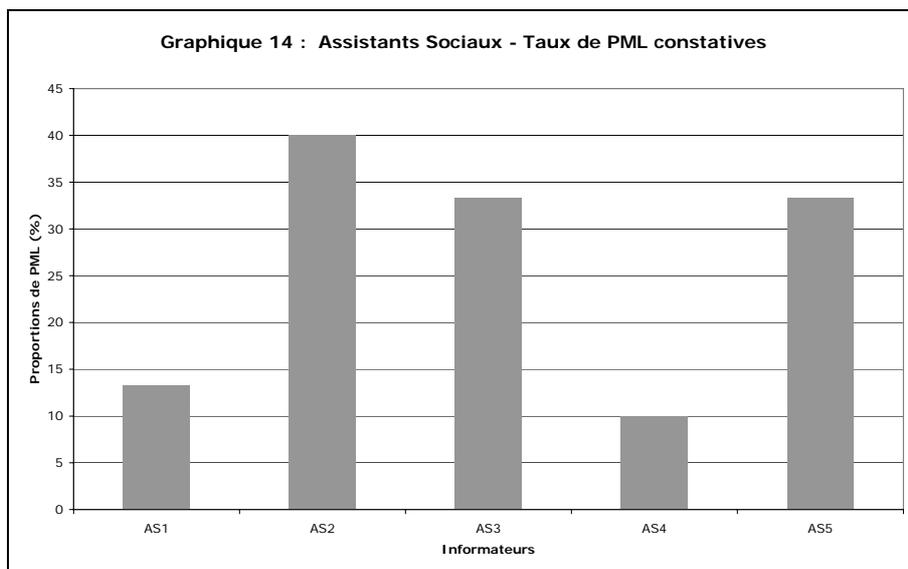
Il apparaît ici que seul le groupe des assistants sociaux se démarque par un taux relativement faible de PML constatatives. Les PML non constatatives étant, par définition, évaluatives, ceci montre chez les membres de ce groupe une tendance accrue à porter des jugements explicites au sujet des processus de communication qu'ils évoquent en entretien : en moyenne 74 % contre 58 pour les médecins et 59 pour les infirmiers. En outre, on peut y voir l'effet d'un habitus socioprofessionnel spécifique dans la mesure où – plus particulièrement que les infirmiers et les médecins – les assistants sociaux travaillent sur des liens entre individus (patients, clients) et institutions diverses. Ainsi, la profession même

des assistants sociaux implique une aptitude à évaluer des liens sociaux, aptitude dont on observe ici l'aspect métacommunicationnel.

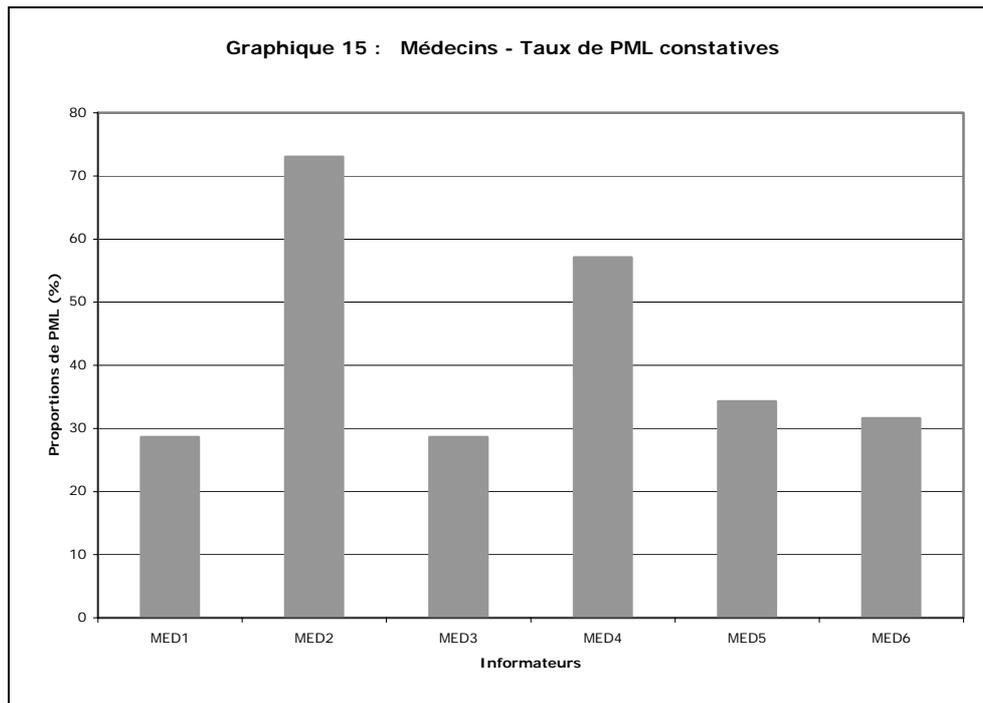
Notre hypothèse de départ proposait un lien entre domination et normes constatives en ce que l'on postulait les stratégies de conservation du pouvoir corrélées à une description factuelle de réalités dès lors caractérisées comme naturelles. Le contraste entre médecins et assistants sociaux tend à valider l'hypothèse A. En revanche, le graphique 12 ne révèle pas de différence significative entre médecins et infirmiers. Ce résultat indique au plan des pratiques linguistiques analysée une rupture entre soignants (médecins et infirmiers) et assistants sociaux. L'analyse de la variation intragroupe nous conforte dans l'idée que le mode constatatif n'est pas sans lien avec l'occupation d'un poste auquel est attaché un pouvoir certain. A cet égard, la variation au sein du groupe des médecins nous intéresse particulièrement. Par souci de transparence, la variation intragroupe est cependant présentée ci-après dans son intégralité.



Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML.



Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML.



Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML.

Dans le graphique 15, les deux informateurs qui se démarquent par des taux élevés de PML constatatives (MED 2 et 4) sont en fait les informateurs occupant les plus hauts postes hiérarchiques : il s'agit de chefs de clinique. La corrélation entre position dominante et taux de PML constatatives mise en évidence ici peut notamment être interprétée en évoquant le fait que le mode constatif permet l'affirmation d'une autorité. En effet, exprimer un constat implique l'affirmation d'une compétence à dire le réel dans son objectivité. En revanche, toute évaluation – qu'elle soit positive ou négative – porte un jugement de valeurs et suppose manifestement une subjectivité. C'est à un niveau moins explicite, « latent » pour employer un terme consacré en analyse de contenu, que le constat se fait l'indice d'une subjectivité car il s'agit d'une subjectivité objectivante, qui ne juge pas mais qui sait.

L'analogie entre cette épistémologie latente et l'activité même dans laquelle est engagé l'intervieweur dans et par l'entretien de recherche ramène l'interprétation à la question de l'asymétrie entre intervieweur et interviewé. La fréquence élevée des modalisations constatatives propres aux chefs (MED 2 et 4) tend à établir une symétrie entre eux et le chercheur engagé dans une démarche constatative à l'égard du terrain d'enquête. Ainsi, l'affiliation du chercheur au champ universitaire et la légitimation que lui confère un mandat de ARCOS⁴⁹ fonctionne comme révélateur d'un trait propre aux dominants et consistant à affirmer, dans le contexte fondamentalement asymétrique qu'est l'entretien de recherche, une parité ou une supériorité à l'égard de l'intervieweur – cette stratégie de réduction de l'asymétrie se caractérisant par une forte modalisation constatative objectivante.

⁴⁹ Associé au DUPA.

4.3 VARIATIONS DES NORMES EVALUATIVES

4.3.1 Discussion des hypothèses B et C

Il a été souligné que le traitement des données effectué lors de la phase pilote ne permet pas d'analyser la « communication problématique » en détail. Les analyses ultérieures permettent en revanche de cerner en détail quelle proportion de ces PML non problématiques relèvent d'évaluations positives *versus* de normes constatives. La présente section fait état de ces résultats en proposant une discussion de l'hypothèse voulant que les dominants se distinguent des autres groupes par une satisfaction apparente relativement saillante dans leurs discours métalinguistiques. En effet, tout porte à croire qu'il puisse en être ainsi dans la mesure où (1) leur pouvoir est de nature à leur permettre d'obtenir satisfaction dans la communication avec les autres partenaires de soins, et (2) ils ont intérêt à valoriser l'ordre établi – qui leur est profitable – face à tout chercheur mandaté pour effectuer une recherche-*action* qui interroge la nécessité de changements éventuels. L'entretien conduit auprès de l'informateur MED2 (chef de clinique) est particulièrement révélateur du point (1), c'est-à-dire d'une position dominante qui facilite considérablement toute négociation pour celui qui occupe cette position. Voici deux verbatims issus de la transcription de l'entretien en question :

[...] il faut pas hésiter à prendre contact, se réunir.

*[...] je travaille de temps en temps avec ***: [...] je suis satisfaite, mais je trouve qu'il faut aussi... pour être satisfaite il faut aussi prendre les devants et il faut dire quand on a envie de quelque chose (silence) moi je sais pas, il faut insister et puis et pis transmettre...*

Outre le caractère prescriptif de ces propos, on relève dans le premier verbatim l'absence de problématisation du processus qui d'une prise de contact aboutit à une réunion. Le seul obstacle évoqué est une éventuelle hésitation de l'initiateur, hésitation présentée comme infondée dans la mesure où « il faut pas hésiter ». Bien qu'ils affirment ne pas hésiter à prendre contact, assistants sociaux et infirmiers rencontrent en revanche beaucoup de problèmes à obtenir des réunions avec les médecins. A propos de ce type de réunions, les paramédicaux expriment dans nos entretiens un souci de ne pas avoir un réel « accès aux autres professionnels » et de n'être intégrés que « comme un exécutant » (INF5). Le second verbatim ci-dessus entre en résonance avec ce souci dans la mesure où la stratégie communicative valorisée par ce médecin se caractérise par une forte unilatéralité : « insister et [...] transmettre ».

En plus de proposer une mesure de la satisfaction communicationnelle plus détaillée que ce qui a émergé de la phase pilote, cette section-ci propose une analyse prenant en compte non seulement le sens manifeste mais également des éléments plus latents. On part effectivement ici de l'idée que toute évaluation positive n'est pas indice de satisfaction. En particulier, la valorisation (évaluation positive) de processus communicationnels hypothétiques fonctionne précisément comme indice d'insatisfaction. Concrètement, valoriser ce qui n'a pas lieu (le virtuel) souligne les manques perçus à l'égard de la réalité. A titre d'exemple, voici un extrait des propos tenus par un membre du groupe infirmier :

[...] nous, ce qui serait bien c'est qu'on ait des remises de service avant, même 48 h serait l'idéal je dirais

Bien que positive, cette évaluation souligne une insatisfaction de l'informateur en question, qui s'estime trop tardivement informé pour pouvoir prendre en charge adéquatement le suivi médicamenteux de patients en phase post-hospitalière. Cependant, la critique est implicite, d'où notre choix de qualifier de *latente* l'insatisfaction communicationnelle manifestée par ce type PML.

Est donc compris ici comme indice d'insatisfaction l'ensemble incluant d'une part les évaluations négatives de la communication effective et, d'autre part, les évaluations positives de la communication virtuelle. En revanche, les évaluations négatives de processus virtuels ne constituent pas des indices de satisfaction dans la mesure où y sont thématiques des écueils à éviter ; pour exemple, voici l'extrait des propos d'un assistant social parlant des solutions diverses qui envisageables pour remédier à la « méconnaissance mutuelle » des membres du réseau de soin :

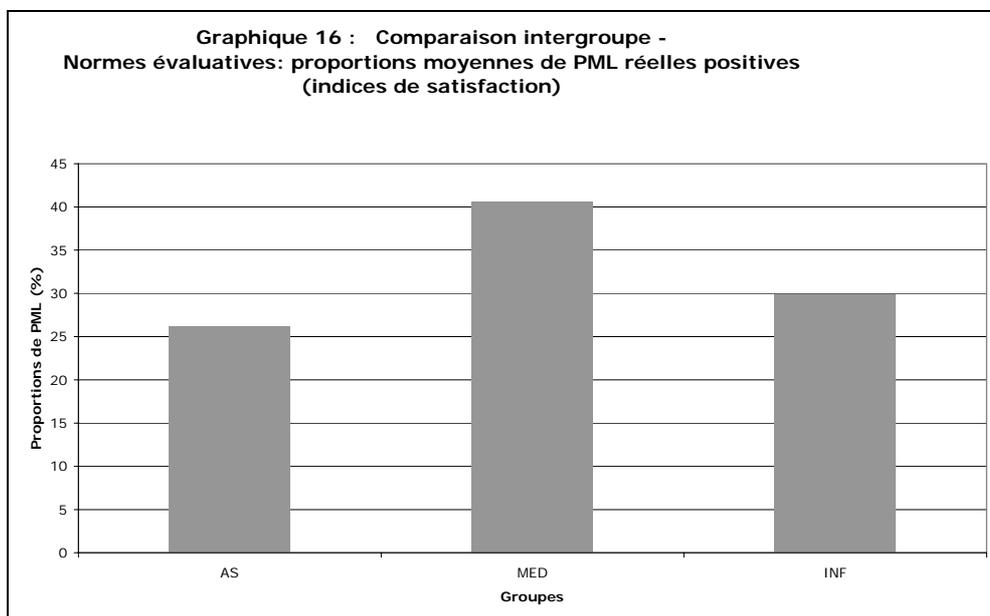
On pourrait dire « ah ben oui, on s'axe sur la communication, on met des protocoles de communication »... ça marche des fois dans certains cas, on a..., on voit bien..., ça résout pas tous les problèmes.

Il est difficile d'inférer une satisfaction communicationnelle d'unités telles que celle-ci, ou encore du verbatim suivant, qui illustre également la thématique de processus communicationnels hypothétiques constituant selon l'informateur autant de mesures vouées à ne pas modifier la situation actuelle :

Je ne pense pas par exemple que des mesures actives puissent déboucher sur quoi que ce soit euhm je sais pas par exemple des assemblées comme je vous disais tout à l'heure, des choses comme ça ou des cours qu'on donnerait aux médecins, je pense que les médecins seraient peu enclins à assister à des cours ; des mesures politiques non plus, des mesures économiques sûrement un peu, ça je pense.

(propos d'un psychiatre privé)

Abstraction faite des PML virtuelles négatives, les indices de satisfaction s'élèvent aux taux contrastés présentés dans le graphique suivant:



Valeurs totales (100%) : Totaux individuels de PML sans les PML virtuelles négatives.

Le graphique 16 atteste, au niveau de notre échantillon, d'une satisfaction apparente en moyenne supérieure chez les membres du groupe médical que chez les membres des deux autres groupes. Ce résultat tend à valider l'hypothèse soumise à discussion. On note également une satisfaction en moyenne très légèrement supérieure chez les infirmiers par rapport à ce qu'on observe pour le groupe des assistants sociaux. Au niveau intragroupe, on peut relever le cas extrême et marginal d'un psychiatre privé présentant un taux inférieur à 15%, indice d'une forte insatisfaction apparente (MED5). L'analyse des PML réelles négatives énoncées par ce psychiatre privé révèle en outre une forte volonté de distinction :

Moi j'ai téléphoné à des infirmiers j'sais pas qui c'est ni d'où ils viennent, c'est souvent des infirmières. On ne parle pas le même langage... [...] On ne peut lancer la pierre à personne mais il y a un manque, un déficit de langage commun,

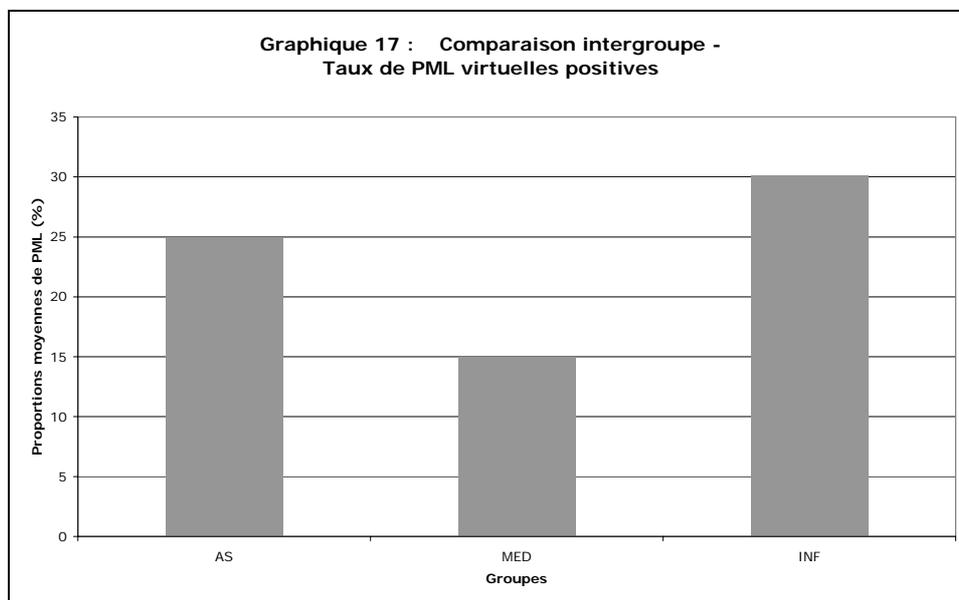
Avec les assistants sociaux ben il y a des contacts, [...] j'ai des contacts téléphoniques mais je ne peux pas dire que c'est un travail en commun

L'informateur manifeste dans ces propos une insatisfaction à l'égard de la communication avec des partenaires maîtrisant moins que lui la variété linguistique de prestige qu'est le parler médical. En outre, cette insatisfaction peut être perçue comme une stratégie visant à légitimer son souhait de n'avoir aucun compte à rendre aux partenaires paramédicaux, qu'il souhaite néanmoins solliciter :

ce serait très agréable si j'avais des contacts réguliers puis que je puisse téléphoner en soumettant telle situation, demander « est-ce que vous pouvez jeter un œil [chez le patient] ? »

c'est pas envisageable de dire au médecin " voilà, il y a une réunion sur le CMS.... " les généralistes oui parce que eux ils collaborent beaucoup mais avec les psychiatres, ils sont intéressés... moi c'est ce que je dirai : " je suis très intéressé ", pis je trouverai une excuse pour pas aller à la réunion

En conclusion de cette section, qui a permis de montrer l'apparente satisfaction communicationnelle du groupe médical, relevons une autre spécificité groupale des imaginaires étudiés relative à l'usage du mode hypothétique dans l'expression de l'insatisfaction. Comme évoqué plus haut, les PML virtuelles positives constituent des critiques latentes à l'égard des processus effectifs. Un contraste intergroupe émerge clairement de la comparaison des taux respectifs de PML virtuelles positives mesurées en pourcent des PML ayant valeur d'indice d'insatisfaction (virtuelle positive + réelles négatives). Comme illustré par le graphique 17, les médecins recourent nettement moins à ce type de critiques implicites permises par le mode hypothétique :



Valeurs totales (100%) :

Totaux individuels de PML ayant valeur d'indice d'insatisfaction (virtuelles positives & réelles négatives).

Il apparaît ici que les médecins expriment leurs critiques métacommunicationnelles de manière plus directe, critiquant explicitement la situation actuelle tandis que les membres des autres groupes tendent à émettre des critiques indirectes impliquées par l'évocation d'améliorations hypothétiques. De ce résultat ressortent deux caractéristiques contrastant les groupes comparés. On peut en premier lieu voir dans le comportement des médecins la trace d'un habitus propre aux acteurs sociaux dont le discours a valeur de légitimité et conduisant ceux-ci à faire valoir clairement leurs points de vue *objectivant* sur le sous-champ. En second lieu, il convient de relever le désir de changement manifesté par les paramédicaux, particulièrement les infirmiers, qui thématisent relativement fréquemment de meilleurs processus communicationnels que ceux qu'ils connaissent actuellement, i.e virtuels positifs. En d'autres termes, les résultats interprétés ici tendent à valider l'hypothèse

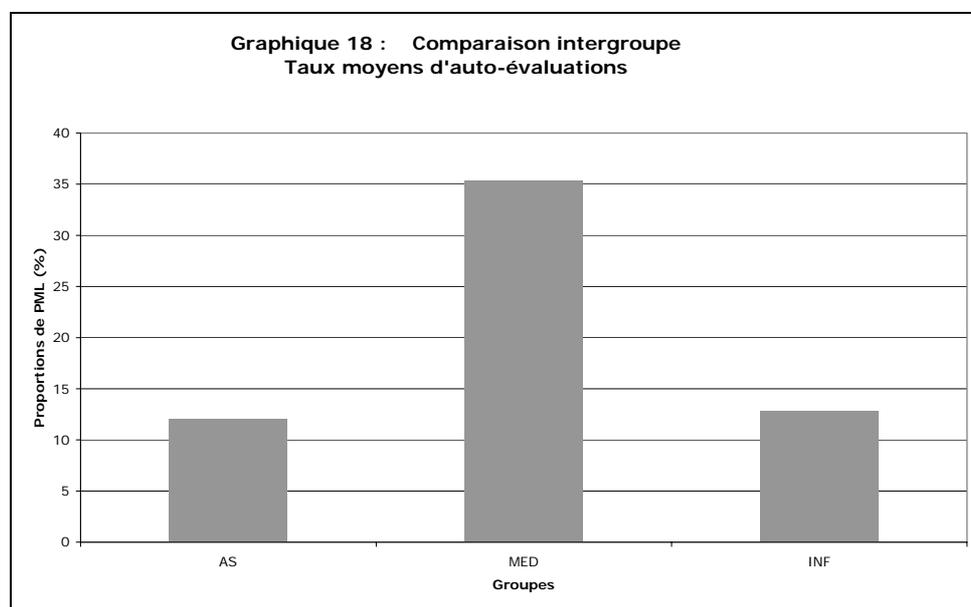
C, c'est-à-dire : *La position d'un acteur dans le champ détermine la fréquence dans ses propos d'évaluations positives portant sur des usages hypothétiques de la langue.*

La prochaine et dernière section du présent chapitre aborde la question de savoir dans quelle mesure les normes évaluatives sont réflexives (portant sur l'informateur et son service ou institution) ou hétéro-centrées (évaluant l'Autre).

4.3.2 Discussion de l'hypothèse D

Nous l'avons vu, les membres des différents groupes de l'échantillon présentent des taux contrastés pour ce qui des PML évaluatives et, partant, des différences en terme de normes évaluatives. En outre, on a constaté un taux comparativement élevé de PML évaluatives chez les assistants sociaux. Il est proposé ici une discussion des normes évaluatives relativement à leurs caractères auto- / hétéro- centré. La question posée est celle d'une éventuelle tendance chez les dominés à éviter d'énoncer des évaluations réflexives, c'est-à-dire une tendance à éviter de se prendre pour objet d'évaluation. Comprise en terme de protection de la face négative, cette tendance est supposée moins marquée chez les dominants parce que ces derniers sont généralement moins menacés au sein du réseau en raison du moindre pouvoir dont disposent leurs partenaires. L'hypothèse repose sur le postulat d'habitus distincts et relatifs aux rapports de pouvoir inhérents au sous-champ, habitus émergeant dans les entretiens mais non *causés* par le protocole de recherche.

Les taux d'auto-évaluation exprimés en pourcentage des totaux de PML évaluatives révèlent un fort contraste entre groupes médical et paramédicaux, comme le montre le graphique 18, que voici :



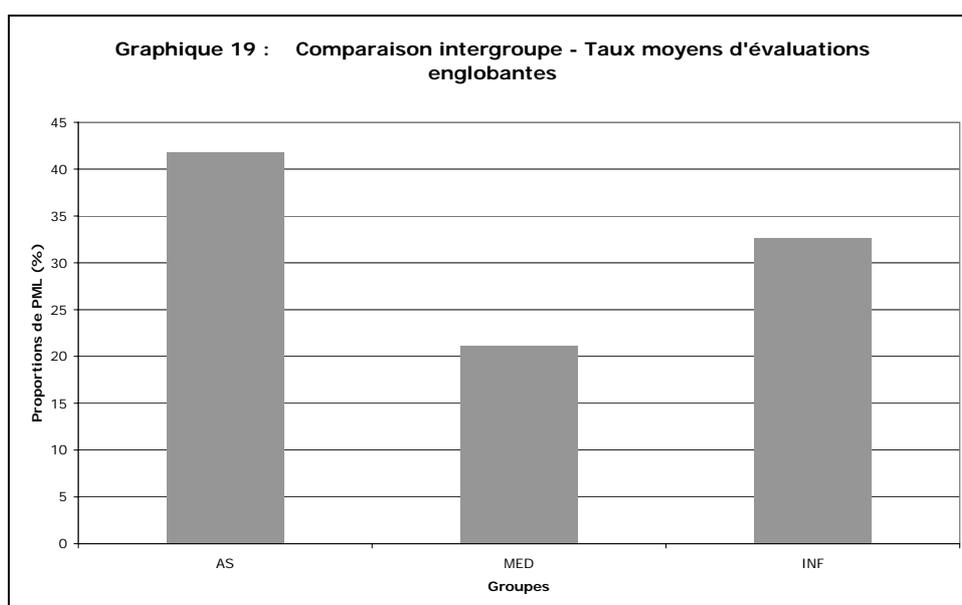
Valeurs totales (100%) : Nombres totaux de PML évaluatives.

Ce résultat tend nettement à valider l'hypothèse d'une attitude défensive plus marquée parmi les groupes paramédicaux dans le contexte des entretiens de recherche, dont on a précédemment souligné le caractère asymétrique. En effet, leur tendance à employer comparativement moins d'auto-évaluation soutient l'interprétation de protection de leur

face négative menacée par le processus d'enquête. En revanche, les médecins paraissent ici encore engagés dans un rapport plus symétrique avec l'enquêteur.

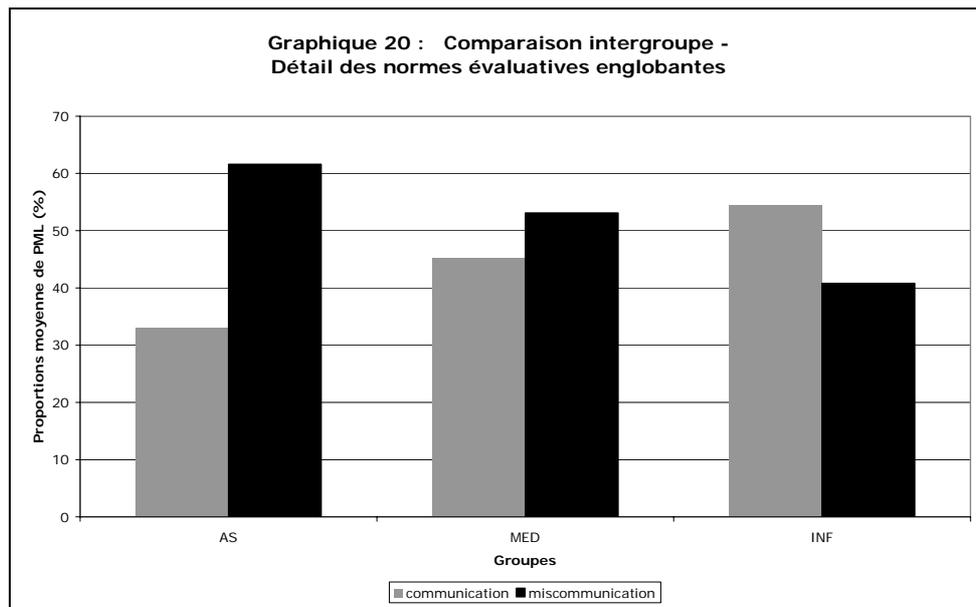
La comparaison des taux moyens de PML hétéro-évaluatives présente un contraste faible, marqué par un taux légèrement plus élevé pour ce qui est du groupe infirmier : 55 % contre 44 pour le groupe des assistants sociaux et 42 en ce qui concerne les médecins. Nous reviendrons sur les observations relatives à l'hétéro-évaluation dans la discussion détaillée du caractère auto-/hétéro-évaluatif des corpus spécifiques relatifs d'une part à la satisfaction manifeste (réel positif) et, d'autre part, à l'insatisfaction communicationnelle (réel négatif + virtuel positif).

La caractérisation du corpus global gagne à prendre en compte les résidus dans la mesure où les propositions qui échappent au classement en terme de auto- *versus* hétéro-évaluations constituent un corpus d'évaluations qualifiables d'*englobantes* en ce qu'elles portent sur soi et autrui. Ce type d'évaluations thématise un partage du mérite ou de la faute – selon que l'évaluation est positive ou négative – entre les participants engagés dans le processus communicationnel. Comme on le voit sur le graphique 19, le groupe médical se démarque par un faible taux de telles évaluations :



Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML évaluatives.

Le graphique 20 permet de discerner quelles proportions des évaluations englobantes relèvent pour chaque groupe de la thématisation d'un partage du mérite ou de la faute ; en d'autres termes, le graphique ci-dessous montre dans quelle proportion le partage de la responsabilité propre aux évaluations englobantes porte sur des processus communicationnels satisfaisants (communication ; PML réelles positives) ou insatisfaisants (miscommunication ; PML réelles négatives et PML virtuelles positives). Dans ce graphique, les taux de l'une et l'autre valeurs sont présentés pour chacun des groupes en pourcentage des totaux d'évaluations englobantes :



Valeurs totales (100%) :

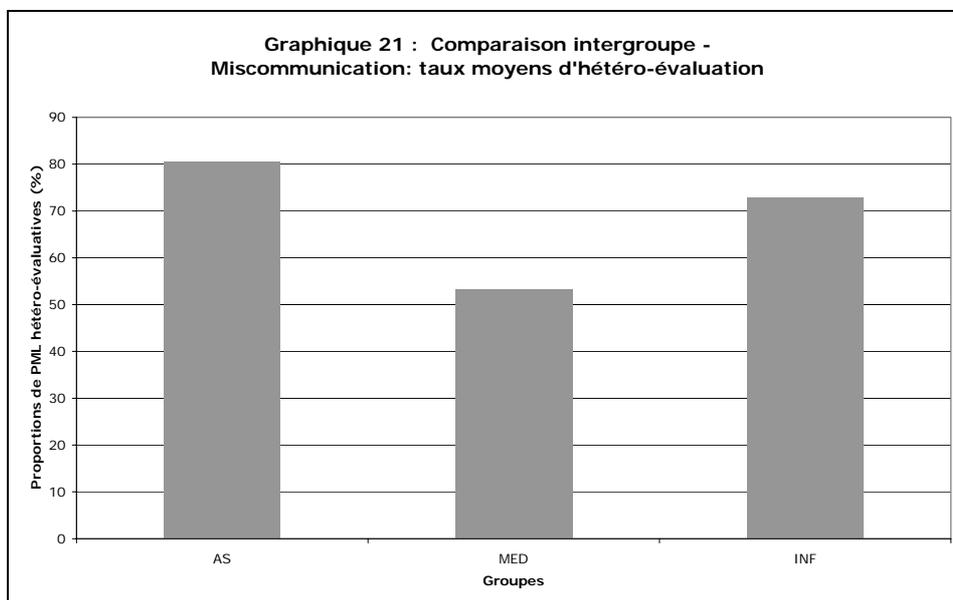
Communication (en gris): nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication non problématique, à l'exclusion des PML présentant un soi indéterminé relativement à l'opposition individuel / collectif.

Miscommunication (en noir) : nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication insatisfaisante : PML réelles négatives + PML virtuelles positives, en excluant les PML présentant un soi indéterminé relativement à l'opposition individuel / collectif.

Les graphiques 19 et 20 montrent qu'en marge de la dichotomie auto-/hétéro-évaluation, l'analyse révèle des différences intergroupes pour ce qui est des normes évaluatives englobantes. Les médecins se caractérisent par un faible taux de telles évaluations, par lesquelles ils thématisent légèrement plus fréquemment des fautes plutôt que des mérites partagés à l'égard de la communication linguistique avec les autres partenaires du réseau psychiatrique. Les infirmiers se caractérisent par un usage en moyenne plus fréquent de PML évaluatives englobantes (graphique 19) et une tendance à utiliser celles-ci pour qualifier la communication explicitement satisfaisante, i.e. une tendance à thématiser le mérite partagé (graphique 20). De ces mêmes graphiques, il ressort en revanche que le taux très élevé d'évaluations englobantes propre aux assistants sociaux se rattache massivement à l'expression de doléances, plus de 60% desdites évaluations renvoyant ici à leur insatisfaction communicationnelle. Ainsi, pour ce qui est des évaluations englobantes, les groupes paramédicaux – i.e. les moins satisfaits (cf. graphique 16) – présentent des tendances opposées. En effet, les assistants sociaux ont tendance à recourir plus fréquemment à ce type d'évaluations pour ce qui est de la thématisation de fautes partagées tandis que les infirmiers tendent à y recourir plus fréquemment pour l'expression de mérite partagés. L'analyse détaillée des normes strictement auto- / hétéro-évaluative permet de déterminer dans quelle mesure ces observations peuvent être comprises par rapport à d'éventuelles tendances à l'accusation, au *mea culpa*, à la valorisation de soi ou d'autrui chez les membres des trois groupes étudiés.

Pour ce qui est de la valorisation, la quantification détaillée des PML traitant de communication satisfaisante révèle une grande similarité entre les tendances moyennes affichées par les membres des trois groupes. En effet, la tendance partagée consiste à

présenter un taux d'hétéro-évaluation supérieur à celui des auto-évaluations. Ainsi, tous tendent à valoriser plus fréquemment autrui que soi dans des proportions avoisinant deux tiers contre un tiers. Par contre, les tendances groupales sont plus contrastées en ce qui concerne les torts.



Valeurs totales (100%): Nombres totaux de PML classées comme relevant d'une communication insatisfaisante : PML réelles négatives + PML virtuelles positives, à l'exclusion des PML caractérisées comme évaluations englobantes.

Comme l'illustre le graphique 21, les paramédicaux, en particulier les assistants sociaux, dénoncent autrui bien plus fréquemment qu'ils n'expriment leur *mea culpa*⁵⁰. Ainsi que mentionné en note de bas de page, il peut être lu dans ce graphique une mesure complémentaire qui est celle des taux moyens d'auto-évaluations relatives à la miscommunication. En l'occurrence, ces taux s'élèvent à 19 % chez les assistants sociaux et 27 % pour ce qui est des infirmiers. Les membres du groupe infirmier présente donc une tendance légèrement plus forte au *mea culpa* métacommunicationnel. Ce sont cependant les médecins qui se distinguent le plus à cet égard par un taux moyen d'auto-évaluations miscommunicationnelles de 47 %. Il résulte de ces observations que le caractère autocentré des évaluations formulées par les médecins, relevé dans la discussion du graphique 18, repose en fait sur une tendance groupale spécifique se caractérisant par le recours comparativement plus fréquent à l'autocritique négative. Ce résultat tend à confirmer l'hypothèse D. La tendance à l'autocritique trouve des éléments d'interprétation dans la réflexion bourdieusienne. En terme d'habitats, les dominés ont motif à être moins enclins à pratiquer l'autocritique que les dominants, pour qui celle-ci est moins dangereuse. Il est également probable que les médecins interrogés formulent ces autocritiques comme une forme d'anticipation des critiques qui pourraient être émises à leur sujet par les autres informateurs. De fait, le pouvoir médical perd graduellement en force notamment à travers les nouveaux modèles de collaboration en réseau, et d'autre part en raison de l'affirmation

⁵⁰ Le graphique en question présente le détail des taux d'hétéro-évaluation pour ce qui est des PML miscommunicationnelles (réelles négatives et virtuelles positives) ; de cette mesure sont toutefois exclues les évaluations englobantes. En conséquence, on peut aisément déduire de ce graphique une mesure des taux moyens d'auto-évaluations relatives à la miscommunication.

institutionnalisée des droits des patients par des organisations telles que le GRAAP. Dans un tel contexte, la tendance à l'autocritique peut être comprise comme l'expression d'un pouvoir menacé, contraint à rendre des comptes et caractérisé par des stratégies d'anticipation des critiques. Ces stratégies sont à double tranchant : elles attestent d'une volonté de se remettre en question mais également d'une tendance à se substituer à autrui en énonçant soi-même les critiques qu'il pourrait formuler.

Revenons enfin sur l'observation des taux d'évaluations englobantes. Il ressort de la lecture des graphiques 16 et 20 que c'est dans le groupe exprimant le plus de griefs concernant autrui, i.e. les assistants sociaux, que le recours aux évaluations englobantes s'avère le plus significativement influencé par la variable *communication / miscommunication*. La tendance des membres de ce groupe à recourir en moyenne beaucoup plus fréquemment au type englobant dans les PML miscommunicationnelles révèle ainsi une forme d'autocritique particulière. Celle-ci se caractérise – au contraire du type d'autocritique propre au groupe médical – par le fait qu'elle résiste à la démarcation entre soi et autrui, et, partant, à la *distinction* entre partenaires de soins. L'absence d'une tendance similaire dans le groupe infirmier pose la question d'une éventuelle résignation de ces derniers à l'égard des inégalités inhérentes aux sous-champ. Nos observations suggèrent la possibilité d'un tel rapport de résignation, illustré par l'extrait ci-dessous, qui traite du fonctionnement interne du DUPA, et conclut le chapitre en cours :

ça c'est une institution qui travaille de manière mais complètement hiérarchique et, j'pense que c'est ça la principale difficulté, sauf que en sortir j'vois pas tellement non plus, j'veux dire euh on ça on n'en sortira pas, on peut se poser la question si c'est une utopie de de parler de « psychiatrie communautaire » dans ces conditions là.

(propos d'une infirmière au DUPA)

5 CONCLUSION

Ce dernier chapitre propose un bilan de l'analyse ainsi qu'une récapitulation des principaux résultats et de leur interprétation :

- Dans l'ensemble, les médecins interrogés se montrent comparativement très satisfaits de la communication avec les autres partenaires du système de soins étudié. Des études ultérieures pourraient déterminer dans quelle mesure cette satisfaction apparente renvoie à un réel contentement et/ou à une résistance au changement en cours exprimée par une valorisation de l'état actuel du réseau de soins.
- La comparaison des occurrences renvoyant à des normes subjectives constatatives *versus* évaluatives a révélé une corrélation entre le fait d'occuper une position hiérarchiquement dominante et un taux comparativement élevé de recours au mode constatif. Loin de conclure à la neutralité véritable de ce mode, il a été souligné que ce dernier porte l'affirmation d'une subjectivité objectivante, i.e. faisant autorité.
- L'analyse détaillée des normes évaluatives a permis de dégager deux formes d'autocritique métacommunicationnelle émanant des informateurs. Caractérisés par une position dominante, les médecins recourent comparativement très fréquemment à la stricte autocritique tandis que les assistants sociaux interrogés tendent à inclure leurs autocritiques dans des critiques englobant tous les partenaires en communication (soi et autrui). Le second type d'autocritique a été interprété – en tant qu'il protège la face positive de son énonciateur – comme renvoyant à un souci de ne pas se dévaloriser par rapport à l'Autre communiquant dans le réseau, et, partant, de résister à la distinction hiérarchisante.
- Il a été observé que les infirmiers et les assistants sociaux tendent à émettre plus fréquemment que les médecins des critiques implicites de la communication, critiques prenant la forme de *valorisations de possibles*. En revanche, les médecins recourent proportionnellement plus volontiers à la critique directe de l'état actuel des processus de communication. Ce clivage a été interprété en termes d'habitudes à bénéficier de droits de parole inégaux au sein du réseau de soins.
- Enfin, il est apparu que les membres des groupes paramédicaux tendent plus fréquemment que les médecins à caractériser la communication problématique comme relevant d'un niveau non pas individuel mais bien institutionnel, voire indéterminé. Concernant ce dernier point, notons enfin que la forte tendance des assistants sociaux à caractériser les problèmes communicationnels comme relevant d'un niveau collectif-institutionnel ne doit pas être uniquement interprétée comme stratégie de protection de la face négative de l'individu mais bien comme stratégie de légitimation des doléances exprimées.

La restitution des résultats de ce travail aux acteurs du terrain d'enquête pourrait susciter parmi eux des processus (rencontres, débats, etc.) de nature à participer de l'évolution du réseau. En ce sens, la méthodologie de la recherche-action constitue un possible moyen de rétroaction entre la description des normes subjectives et les pratiques communicationnelles effectives. Cependant, les changements effectifs ne sauraient être compris seulement en termes d'échanges de points de vue dans la mesure où, comme le signale Pierre Bourdieu, « le principe de vision dominant n'est pas une simple représentation mentale, un fantasme [...] mais un système de structures durablement inscrites dans les choses et dans les corps. » (Bourdieu, 1998, p.47).

* * *

Au terme de ce travail, soulignons que profitant de la jeunesse du paradigme scientifique constitué par les études de l'Imaginaire linguistique, il a été possible d'élaborer ici une approche relativement créative pour ce qui est du choix des variables analysées et de la typologie des normes ainsi dégagées. En particulier, les mesures combinées dont résultent les divers indices de satisfaction communicationnelle apparente ont été élaborées sans référence, du moins consciente, à des travaux existants. L'essor d'un paradigme nouveau présente également des inconvénients tels que l'absence d'études empiriques méthodologiquement proches permettant une comparaison entre le sous-champ étudié et d'autres terrains d'enquête. Nous n'avons donc pu apporter des éléments interprétatifs de cet ordre. En revanche, par ceux que nous a fournis la théorie des champs sociaux, on a pu aller au-delà de la seule constatation des phénomènes de covariation sociolinguistique.

Pour conclure, la méthodologie adoptée a permis de cerner plus fréquemment des phénomènes relevant de la causalité sociale que de la causalité subjective. La caractérisation qualitative de certains cas marginaux – telle que pratiquée au fil du chapitre 4 par le commentaire de verbatims – ne se substitue pas à l'étude systématique des micro-réseaux spécifiques à chacun des informateurs. Une telle analyse dépasse le cadre du présent projet mais constitue un développement possible du traitement et de l'analyse des données proposés ici. En outre, un tel développement permettrait une description détaillée des divers phénomènes dont le caractère marginal a été mis au jour par l'identification des tendances groupales caractéristiques des personnes interviewées.

6 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACCARO, A., CORCUFF. (1986) *La Sociologie de Bourdieu*, Bordeaux : Le Mascaret.
- AIACH, P., FASSIN (dirs), (1992) *Sociologie des professions de la santé*, France, La Garenne-Colombes : Editions de l'Espace Européen.
- ARCOS (2000), *Dossier de présentation*, Lausanne : Arcos.
- ARCOS-ETAT DE VAUD (2001) *Décision de reconnaissance d'intérêt public et contrat de prestations 2001*, Lausanne : Arcos.
- ATZAMBA, H., PETROFF-BARTHOLDI (2003) *Etudiants 2001 - condensé*, publication du département de sociologie de l'université de Genève, Juin. Version *online*: http://www.unige.ch/ses/socio/projets_et_publications.html.
- BARDIN, L. (1977) *L'analyse de contenu*, Presses Universitaires de France.
- BARTHES, R., (1957) *Mythologies*, Paris : éditions du Seuil.
- BLANCHET, A. (1997) *Dire et faire dire : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- BONSACK, C., SCHAFFTER, SINGY, (2003) *Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération : le point de vue des acteurs d'un réseau de soins*. Les publications du réseau ARCOS, Publication n°6, mai.
- BOURDIEU, P. (1975) *Le fétichisme de la langue*, ACTES de la recherche en sciences sociale, janvier, Paris : Liber.
- (1982) *Ce que parler veut dire : l'économie des échanges linguistiques*, Paris : Fayard.
- (1984) *Questions de sociologie*, Paris : Les éditions de Minuit.
- (1998) *La domination masculine*, Paris, Les éditions du Seuil.
- (2001) *Langage et pouvoir symbolique*, Paris : Fayard.
- BOURDIEU, P., PASSERON (1971) *La reproduction : éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris : Les éditions de Minuit.
- BOUTET, J. (1994) *Construire le sens*, Berne : Lang.
- (1997) *Langage et société*, Paris : Les éditions du Seuil.
- BRECKLE, H. E. (1989-2000) « La linguistique populaire », in *Histoire des idées linguistiques*, Auroux, S. (dir), vol. I, p. 39-44.
- COSNIER, J., GROSJEAN, LACOSTE (dirs.), (1993) *Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, Presses universitaires de Lyon.

- COYLE, A. (1995) « Discourse Analysis ». In Breakwell, Hammonds , Five Shaw (ed.). *Research Methods in Psychology*. London : Sage.
- D'URUNG, M. C. (1974) *Analyse de contenu et acte de parole : de l'énoncé à l'énonciation*, Paris : Éditions Universitaires.
- DOISE, W. (1986) « Les représentations sociales : définition d'un concept ». In : Doise, W., Palmonari, A., *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel : Delachaux et Nestlé.
- FIGUEROA, E. (1994) *Sociolinguistic Metatheory*, Oxford : Pergamon.
- GAUTHIER, B. (1984) « La recherche action » In : *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*, Québec : PUQ, 455-468.
- GHIGLIONE, R. (1990) *Manuel d'analyse de contenu*. Paris : A. Colin.
- GOFFMAN, E. (1975) *Les rites d'interaction*, Paris : Les éditions de Minuit.
- GUEX, P., SINGY (dirs.), (2003) *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève : éditions Médecine & Hygiène, coll. Cahiers Médicaux-Sociaux.
- HENRY, P. et MOSCOVICI, S. (1968) « Problèmes de l'analyse de contenu », *Language*, n°11, septembre.
- HOENIGSWALD, H. M. (1964) *A Proposal for the Study of Folk-linguistics*, in : *Sociolinguistics: Proceedings of the UCLA Sociolinguistic Conference 1964*, W. Bright (ed). The Hague: Mouton.
- HOUEBINE-GRAVAUD, A-M. (dir.), (2002:1) *Travaux de linguistique : imaginaire linguistique*, Université de Paris 5, première édition : 1996.
- (2002:2), *L'imaginaire linguistique*, Paris : l'Harmattan.
- HYMES, D. (1977) *Foundations in Sociolinguistics : an ethnographic approach*, London : Tavistock Publications.
- KRUEGER, R. (1988) *Focus Groups : A Practical Guide for Applied Research*, London : Sage Publication.
- KUHN, R.C. (1989) « L'observation participante et la recherche action : une comparaison. » *Pratiques de formation*, 18, 69-74.
- LABOV, W. (1976) *Sociolinguistique*, Paris, Les éditions de Minuit.
- (1978) *Le parler ordinaire : la langue dans les ghettos noirs des Etats-Unis*, Paris, Les éditions de Minuit.
- LUTHY, C. (2003) « "Burn-out " : les soignants seront-ils tous les soignés de demain ? », *Médecine et Hygiène* 2462, 10 décembre, p. 2458.
- MAHMOUDIAN, M. (1982) « Langage, individu, société » in : *La linguistique*, Paris : Seghers, p. 165-198.

- MARTINET, A. (1996) *Elements de linguistique générale*, Paris : Armand Colin.
- MAYER, R., HOUELLET (1991) *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Paris, Montréal, Casablanca : Gaëtan Morin.
- NIEDZIELSKI, N. A., PRESTON (2000) *Folk Linguistics*, Berlin : Mouton de Gruyter.
- PARSONS, T. (1977) *Social Systems and the Evolution of Action Theory*, New York : Free Press. London : Collier Macmillan.
- POPPER, K. R. (1985) « La science : conjectures et réfutations », in *Conjectures et réfutations : la croissance du savoir scientifique*, Paris : Payot, pp. 58-106.
- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT (1995) *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris : Dunod.
- SCHEUER, J. (2003) « Habitus as the principle for social practice : A proposal for critical discourse analysis », *Language in Society*, 32, Cambridge University Press, p. 143-175.
- SINGY, P. & LAMBERT, N. (1999) *Une expérience de médiation interculturelle en Suisse*. Agenda interculturel, 179, 26-29.
- SINGY, P., SCHAFFTER (2003) « Développement d'un partenariat au sein d'un réseau de soins : regards croisés », *Médecine & Hygiène* 2423, 5 février, p. 310-312.
- SINGY, P. (dir), (1998) *Les femmes et la langue : l'insécurité linguistique en question*, Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- SINGY, P. (2003), « Santé et migration : traduction idéale ou idéal de la traduction ? », *La Linguistique*, vol. 39, fasc. 1.
- STANGE, K. & MILLER W. (1994) *Multimethod research : Approaches for Integrating Qualitative and Quantitative Methods*. *J Gen Int Med* ; 9 : 278-282.
- TAILLARD, F. (1996), *Probabilités et statistiques*, Monographies de la commission romande de mathématique, 8, Genève : Editions du Tricorne.
- WEST, C., FRANKEL (1991) « Miscommunication in Medicine », in *Miscommunication and Problematic Talk*, Coupland N., Giles, Wiemann (eds), Newbury Park, Sage.
- WHYTE, W.F. (1991) *Participatory Action Research*, London : Sage Focus Edition.

Dernières parutions

Disponibles sur www.iumsp.ch

- N° 95c *Narring F, Tschumper A, Inderwildi Bonivento L, Jeannin A, Addor V, Bütikofer A, Suris JC, Diserens C, Alsaker F, Michaud PA.* Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera (2002). SMASH 2002 : Swiss multicenter adolescent survey on health 2002. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 96 *Balthasar H, So-Barazetti B, Jeannin A.* avec la participation de *Thomas R.* Evaluation de la mise en oeuvre du programme VIH/SIDA de 1999 à 2003 : L'utilisation des offres de prévention et du matériel. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 97 *Klaue K.* Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. Jeunes: revue de littérature. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 98 *Meystre-Agustoni G.* Populations particulières et prévention du VIH/SIDA. Les travailleurs du sexe: revue de littérature. Lausanne: IUMSP, 2004.
- N° 99 *Balthasar H.* Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. Les jeunes homosexuels et bisexuels masculins: revue de littérature. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 100 *Huissoud T, Solai S, Dubois-Arber F.* Evaluation du projet UniSET. Lausanne : IUMSP, 2004.
- N° 101 *Zobel F., Ramstein T, Arnaud S.* Les interventions publiques nationales en matière d'abus de substances et de dépendances. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 102 *Solai S, Benninghoff F, Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection "Quai 9" à Genève. Deuxième phase 2003. Lausanne : IUMSP, 2004
- N° 103 *Benninghoff, F, Solai S, Huissoud, T, Dubois-Arber, F.* Evaluation de Quai 9 "Espace d'accueil et d'injection" à Genève: Période 12/2001 - 12/2002
- N° 104 *Hofner M-C, Viens Python N.* «C'est assez». Lausanne : IUMSP, 2004 (pdf 370 Kb)

**Service d'édition et de diffusion - SED
Hospices / CHUV**

Département universitaire de médecine
et santé communautaires DUMSC
44, rue du Bugnon, CH - 1011 Lausanne
Téléphone ▪▪ 41 21 314 49 80
Téléfax ▪▪ 41 21 314 48 87
e-mail jennifer.knopf@hospvd.ch