LA VISITE TÉLÉPHONIQUE

« tiens bon, pépé »

Ruth AKERS-PORRINI

Un aspect essentiel des usages grand public du téléphone est le rôle que celui-ci est amené à jouer à des moments-clés des cycles de vie familiaux (mariage, divorce et séparation, naissances, événements liés aux enfants, maladies, décès...). Le plus souvent l'annonce d'un événement se fait de préférence par voie téléphonique, l'annonce par courrier ou par télégramme étant considérée comme moins appropriée, du moins pour les membres de la famille proche. Si tout échange téléphonique est, pour les interlocuteurs, un moyen de maintenir leurs liens, l'annonce, par ce biais, d'un événement pertinent pour la famille les met en exergue. On téléphone pour annoncer un événement, pour prendre des nouvelles, pour rassurer un membre de la famille, pour offrir son soutien, pour être présent.

L'événement de la maladie peut occasionner une manifestation plus intense des liens familiaux. Mais il peut aussi constituer un obstacle à leur réalisation : en effet, les membres de la famille du malade éprouvent souvent un malaise devant la gravité de la situation. Le téléphone constitue alors un moyen pour venir à bout de cette difficulté. Le contact téléphonique préserve les interlocuteurs des interférences du visible : l'état physique du malade et la réaction d'un co-conversant. La communication téléphonique ne lève

pas pour autant tous les obstacles à la sociabilité. L'événement de la maladie peut conduire à une modification de l'organisation conventionnelle des relations familiales, celle des rapports intergénérationnels par exemple. Ce ne sont plus alors les parents qui veillent sur les enfants, mais l'inverse. Cette (ré)organisation, dans son aspect négocié, implique des ajustements mutuels. Ceci est remarquable dans les cas de maladie grave impliquant des soins de longue durée. La sociabilité téléphonique, qui affranchit des contraintes géographiques, peut alors se développer considérablement.

L'examen de ce phénomène requiert l'enregistrement ainsi que l'analyse de conversations téléphoniques. C'est à travers l'écoute de conversations enregistrées que nous avons délimité notre objet de recherche : le type d'appel particulier qu'est la visite téléphonique. Ce terme nous a d'abord été proposé par l'une des personnes ayant accepté l'enregistrement de ses conversations avec sa mère. Non seulement ce type d'appel caractérise un usage spécifique du téléphone, *i.e.* la visite pour prendre des nouvelles auprès du malade ; il s'agit aussi de l'appel le plus fréquemment observé entre malades et membres de leur famille. L'intérêt de ces conversations est qu'elles permettent de saisir en acte la gestion interactive de la longue maladie et plus largement d'explorer la spécificité du médium téléphonique dans l'élaboration des liens familiaux.

La spécificité du téléphone et de la visite téléphonique

Le téléphone génère des contraintes qui lui sont propres. Il fournit aussi un moyen de venir à bout d'obstacles à la communication. Ces deux facettes de l'échange téléphonique s'incarnent dans tout type d'appel, y compris la visite.

Il est généralement admis que le téléphone libère des contraintes du temps et de l'espace. Il est beaucoup plus facile de téléphoner à quelqu'un qui habite à distance que de lui rendre visite en personne. De ce point de vue, la visite téléphonique

est un moyen commode et économique de s'acquitter d'un devoir. Les malades eux-mêmes semblent sensibles à cet aspect des choses. Ils déclinent souvent l'offre d'une visite en personne. Ils savent ce qu'elle implique pour le visiteur (prise de temps importante, déplacement plus ou moins aisé). De plus, une visite en face-à-face exige, le plus souvent, une plage horaire acceptable pour les deux participants. Pour autant, la visite téléphonique n'est pas un substitut systématique à la visite en face-à-face, ni un mode de rencontre préféré. Elle permet simplement de résoudre le problème des disponibilités du visiteur et du visité.

Par contre, la disponibilité même du téléphone peut engendrer de nouvelles obligations dans la relation entre le malade et les membres de sa famille. Ainsi, en cas de non-respect de la fréquence habituelle des visites téléphoniques (objet d'arrangements entre les conversants), le malade peut inférer que son ou ses interlocuteurs ne pense(nt) plus à lui.

Mais le téléphone génère des contraintes liées à ses capacités techniques. Tout d'abord, lors des conversations téléphoniques, les interactants n'ont d'autres ressources que celles de la voix et du langage. Leur co-présence est privée de toute dimension physique et visuelle. Ils sont donc « contraints » de parler au risque de compromettre la réalisation de la visite. Lors d'une visite en face-à-face, la présence physique peut suffire ; du moins, les silences sont-ils tolérables. Au téléphone, cette présence est assurée exclusivement par la voix. C'est à travers la parole que le visiteur exprime sa sollicitude. Il ne peut en témoigner par d'autres moyens, tels un cadeau ou des marques d'affection physiques. Non seulement le visiteur doit trouver « les mots qu'il faut », mais encore il doit les dire avec la tonalité expressive adéquate. En effet, la tonalité est analy-

sable. Prenons par exemple les séquences d'ouverture des visites téléphoniques. Le ton de la voix de l'appelant peut exercer une pression sur la forme de la prise de parole de l'appelé. Dans nos données, on remarque souvent que l'appelant semble s'efforcer d'emblée, peut-être par anticipation du caractère problématique de la rencontre, de contrôler la tonalité de la conversation. Une salutation heureuse et enthousiaste invite l'affiliation du destinataire. Cependant, celui-ci peut décliner cette offre en marquant sa salutation de manière à tempérer l'enthousiasme manifesté par l'appelant. De ce fait, la prise de parole suivante de l'appelant est, à son tour, contrainte. Il sera amené, par exemple, à réviser sa tonalité initiale ou à chercher une explication du défaut d'alignement de la part du malade.

En deuxième lieu, à la différence des rencontres dans la rue, qui débutent par une reconnaissance visuelle, la communication téléphonique est initiée par la sonnerie du téléphone. C'est pour cela qu'une séquence d'identification et de reconnaissance suit immédiatement la séquence sonnerie/réponse (premier « allô ») (1). Cette séquence est un préalable à la communication. Les participants ont à se reconnaître avant de s'engager dans une activité conversationnelle.

Enfin, à l'exception des visites où il est fait usage de la fonction haut-parleur, la communication téléphonique est une relation dyadique. Ce ne sont pas alors plusieurs amis, le couple, ou le couple et les enfants, qui rendent visite à un malade, mais un ami ou un membre de la famille en particulier (2). Il s'ensuit que le travail interactionnel incombe exclusivement au visiteur et au malade. Aucun d'eux ne peut compter sur d'autres pour la poursuite de leur interaction en cas de difficulté. Lors des visites à plusieurs, l'un des « visiteurs » peut s'imposer comme interlocuteur princi-

(1) SCHEGLOFF, E.A., 1979.

(2) De toutes les conversations téléphoniques de type « visite » que nous avons recueillies, très peu sont effectuées à plusieurs au moyen du haut-parleur. Tous les appareils ne sont pas équipés de cette fonction, mais même dans ce cas, certaines personnes affirment ne l'avoir jamais utilisée. Dans nos données, il est beaucoup plus fréquent que les membres d'une même famille, lorsqu'ils sont tous présents, conversent, chacun à leur tour, avec le « visité ».

pal, l'autre se contentant d'une participation plus passive (3). En revanche, la visite téléphonique « à deux » contraint tout appelant à une participation active.

Il semble qu'on téléphone non seulement pour renouveler sa sollicitude, mais parce qu'on s'implique dans l'histoire du malade. Les spécificités de la communication téléphonique participent de la co-implication des interlocuteurs dans un événement. La relation dyadique figure au premier rang de ces spécificités. Les nouvelles de la part d'un tiers ne suffisent plus au visiteur. La communication directe semble préférée aux informations rapportées. Cette implication individuelle n'est pas seulement la conséquence de la relation dyadique mais aussi des circonstances de sa mise en œuvre. Démunis de ressources interactives autres que celle de la voix et de la parole, le malade et le visiteur doivent fournir un plus grand travail interactif que dans d'autres circonstances. Confinés dans un « isoloir interactif », l'un et l'autre doivent manifester une attention mutuelle soutenue, nécessaire au bon déroulement de la visite.

Perspective méthodologique

Le fait que certains appels puissent être spontanément identifiés sous une catégorie suggère que ceux-ci exhibent dans leur déroulement même les caractéristiques constitutives d'une activité sociale ordinaire (la visite). Autrement dit, le caractère reconnaissable d'une activité suppose qu'existe un ordre sous-jacent à sa réalisation. Cet ordre ne consiste pas en la reproduction mécanique d'un scénario préétabli par des acteurs disciplinés ; il s'agit d'un ordre émergeant de l'ajustement des pratiques de membres compétents. En ethnométhodologie, on dit que les activités sociales sont méthodiquement accomplies par ceux qui y participent. Le travail de l'analyste consiste alors à décrire formellement les procédures de sens commun

constitutives de la réalisation (co)ordonnée des activités sociales. C'est aussi l'hypothèse de travail de l'analyse de conversation, qu'ont formulée Schegloff et Sacks (4) :

« Nous sommes partis de l'hypothèse (...) que, dans la mesure où les matériaux sur lesquels nous travaillons présentaient une apparence ordonnée, ce n'était pas seulement le cas pour nous, du moins pas en premier lieu, mais qu'il en allait de même pour les co-participants qui les avaient produits. Si ces matériaux (des enregistrements de conversations naturelles) étaient ordonnés, c'était parce qu'ils avaient été méthodiquement produits par les membres de la société les uns pour les autres. »

Aussi, l'insistance des analystes de conversation sur le recueil de données dans leurs sites naturels d'occurrence, sur les détails du déroulement des scènes interactives, n'est pas fortuite. Elle s'ancre dans une démarche analytique dont le postulat est le suivant : dans la mesure où en amont de la réalisation interactive d'une activité (par exemple, une visite téléphonique) rien ne permet de prédire ce qu'elle sera, ni comment les participants s'y prendront pour la réaliser, c'est dans et à travers les détails de son accomplissement qu'il faut retrouver les méthodes qui confèrent à cette activité sa forme et son caractère reconnaissable. En d'autres termes, comment les participants ajustent-ils et façonnent-ils leurs énoncés de manière à construire une interaction comme une visite ? Comment maintiennent-ils ce format d'activité tout au long de leurs échanges ? Quels traits formels endogènes à la production des visites téléphoniques l'analyste peut-il restituer ?

Pour traiter ces questions, il nous faut examiner, en détail, le déroulement séquentiel des échanges. La conversation s'auto-organise, pas à pas, dans le cours même de son accomplissement. Elle est faite d'ajustements mutuels successifs.

(3) De ce point de vue, les visites téléphoniques à plusieurs sont comparables à des visites à domicile ou à l'hôpital. Cependant, la conversation semble être spécifique par rapport à une situation de face-à-face. En effet, chaque alternance de parole revient, massivement, à l'appelé-visité.

(4) SCHEGLOFF, E.A. & SACKS, H., 1974, p. 234.

Chacun des énoncés prend sens par rapport à son positionnement séquentiel, c'est-à-dire à sa localisation temporelle dans le déroulement de la conversation. De plus, les prises de parole successives sont liées entre elles. Chaque tour de parole est soumis aux pertinences projetées par le tour précédent et par la teneur de la conversation. Dans chaque tour de parole, les locuteurs inscrivent leur compréhension du tour précédent et de l'état actuel de l'activité en cours. Enfin, les locuteurs manifestent leur niveau d'engagement dans l'échange : par exemple, en refusant de s'aligner comme le destinataire d'un compte rendu sur la maladie, un des conversants peut indiquer qu'il cherche à initier une nouvelle activité.

La réalisation de la visite téléphonique

La visite, en tant qu'activité sociale ordinaire, implique des règles de comportement et un certain type de relation entre les personnes. Elle a lieu à l'initiative de l'une des parties qui se rend chez l'autre (*e.g.* par devoir, politesse, amitié, etc.). Elle leur fournit l'occasion de se retrouver à travers l'échange de leurs nouvelles et des « brins de conversations ». Le cas des visites auprès d'un malade est un peu différent dans la mesure où il s'agit non seulement de renouer une relation, mais surtout de lui apporter un soutien (5). L'activité visite, que ce soit auprès d'un malade ou d'une autre personne, fait partie des savoir-faire de tout un chacun. Il s'agit, donc, de porter notre attention sur ce savoir-faire lorsqu'il est mis en œuvre dans les circonstances d'une conversation téléphonique.

C'est à partir d'observations préliminaires, obtenues après une première écoute des enregistrements (6), que nous avons

élaboré une série de questions susceptibles de guider nos premières investigations :

– Comment les conversants assemblent-ils leurs énoncés pour animer un format séquentiel spécifique aux visites téléphoniques ?

– En quoi la production des nouvelles du malade, loin d'être une pratique unilatérale, résulte-t-elle de négociations interactionnelles entre les conversants ? Quelles conséquences l'engagement des participants dans l'activité de visite a-t-il pour l'aboutissement effectif du compte rendu du malade sur son état ?

– Comment une visite participe-t-elle d'une série d'appels où se concrétise une relation entre l'appelé/malade et l'appelant/soutien ou entre l'appelé/membre de la famille et l'appelant/membre de la famille ? Comment les identités de « malade » et de « soutien » sont-elles mobilisées ou pas en rapport avec le déroulement séquentiel de l'appel ?

Configuration des appels comme visites téléphoniques

A l'exception des salutations et des prises de congés qui occupent un emplacement spécifique dans la conversation, aucune structure pré-définie ne permet de déterminer le positionnement des énoncés ni de prédire ce qui sera dit et dans quel ordre. L'appelé, en décrochant son appareil, ne peut jamais savoir avec certitude qui est à l'autre bout du fil, ni la raison de son appel. De même, l'appelant n'annonce jamais explicitement au début de la conversation qu'il téléphone pour « visiter ». D'où vient alors le caractère reconnaissable de certains appels comme visites ?

Nous pouvons distinguer deux types d'appel. Dans certaines conversations, l'appelant donne la raison de son appel,

(5) La relation de soutien caractérise l'ensemble des appels « visite » auprès d'un malade dont nous disposons. Lorsqu'il s'agit d'une visite auprès d'un membre de la famille ou d'un ami et non pas d'un malade, cette relation est plus contingente, *i.e.*, elle dépend des nouvelles qu'on a du visité.

(6) Il s'agit d'un corpus de communications téléphoniques entre un malade et des membres de sa famille : son fils et sa belle-fille. On compte 59 enregistrements qui correspondent à une période d'environ six semaines, période pendant laquelle le malade, atteint d'un cancer des cordes vocales, est traité par radiothérapie. Certaines des conversations sont très courtes, d'autres durent environ six minutes. Les appels du fils sont deux fois plus nombreux que ceux de la belle-fille. Toutes les conversations de ce corpus ont été l'objet d'une transcription rapide afin de procéder aux premières investigations.

autour de laquelle s'organise le thème initial. Dans ces cas-là, l'identité « malade » n'est pas obligatoirement pertinente (7). Dans d'autres, plus nombreuses, l'appelant ne fournit pas de raison de son appel autre que la prise de nouvelles de l'appelé. Dans ces cas-là, la conversation est focalisée en priorité sur l'état du malade. Ces appels constituent des visites téléphoniques.

La réalisation des appels implique un travail interactionnel conjoint, notamment pendant les séquences d'ouverture. Il convient alors de porter l'attention sur elles, car c'est en elles que les participants initient les appels du type visite.

Les séquences d'ouverture

Les séquences d'ouverture configurent l'appel. Typiquement, les ouvertures des conversations téléphoniques comportent quatre séquences (8) :

- une séquence sonnerie/réponse ;
- une séquence d'identification et de reconnaissance ;
- une séquence d'échange de salutations ;
- une séquence d'échanges « *comment ça va ?* ».

L'achèvement de ces séquences débouche sur l'initiation du premier thème de la conversation, tâche qui revient normalement à l'appelant. Cependant, ces séquences peuvent être écourtées par l'un ou l'autre des conversants, par l'appelant, afin d'assurer sa prérogative en matière d'introduction du premier thème, par l'appelé, lorsqu'il estime détenir des nouvelles justifiant une préemption de parole.

Les appels avec raison et l'omission des séquences « comment ça va ? »

Lorsque l'appelant téléphone pour communiquer quelque chose de spécifique à

son interlocuteur, la séquence d'ouverture peut être modifiée à travers l'omission des séquences « *comment ça va ?* ». C'est là un moyen de s'assurer, lorsqu'il téléphone pour une raison donnée, de l'opportunité de faire de cette raison le premier thème de l'appel. Ceci est notamment le cas pour des personnes qui entretiennent une sociabilité téléphonique suivie (9). Lorsqu'on appelle souvent pour « prendre des nouvelles », l'omission de la séquence « *ça va ?* » est particulièrement opérante afin de signaler que l'appelant a, aujourd'hui, quelque chose de spécifique à dire. Dans les exemples ci-dessous, l'échange de nouvelles n'a pas lieu et aucune des conversations ne donne lieu ultérieurement à une activité de type « visite ».

ex.1(27DP) (10)

- 1A : allô oui ?
- 2B : pépé:: c'est moi
- 3A : ah (.) bonsoir
- 4B : allez (.) je suis allé, j'ai fait tout le dossier
- 5A : oui
- 6B : ils t'appelleront demain

L'exemple suivant est un peu différent. Ici, c'est l'appelé qui écourté les séquences d'ouverture afin non pas d'introduire le premier thème mais d'indiquer son indisponibilité pour une conversation téléphonique.

ex.2(1EP)

- 1A : allô oui ?
- 2B : pépé ?
- 3A : oui
- 4B : c'est moi
- 5A : j'attends le docteur puisque j'ai une grosseur depuis que je suis tombé
- 6B : mm
- 7A : et je l'attends mais il est pas venu depuis huit heures
- 8B : ah ?
- 9A : alors je descends manger chez monsieur Bera
- 10B : ah

(7) Dans ces appels, l'appelant peut, à l'occasion, demander des nouvelles du malade. Cependant, dans ces cas-là, cette demande intervient, le plus souvent, juste avant la clôture de la conversation. Elle est initiée d'une manière « après coup » - e.g., « à part ça, tout va bien ? » - et n'est traitée que sommairement.

(8) SCHEGLOFF, E.A., *op.cit.* et 1968.

(9) SACKS, H., 1992, Part III, Lecture I.

(10) Le chiffre et les initiales dans les parenthèses correspondent à l'identification de chaque appel, e.g. 27DP : 27^e appel du corpus, D, l'initiale de l'appelant et P, celle de l'appelé. Pour certains extraits, on lit, par exemple, 15EPDP ce qui signifie que l'appelant (É) converse d'abord avec son appelé (P) pour ensuite passer l'appareil à un autre membre de la famille (ici D) qui converse, à son tour, avec l'appelé. Voir l'annexe pour les conventions de transcription.

La visite : thématization du « ça va ? »

Dans les appels où l'appelant téléphone pour « prendre les nouvelles », il emploie toutes les ressources de l'ouverture de la conversation téléphonique informelle pour rendre son appel analysable par le malade comme visite. Effectivement, dans le meilleur des cas, le malade saisit l'opportunité du « ça va ? » afin de rendre compte de son état actuel.

ex.3(40DP)

- 1A : allô oui ?
- 2B : pépé:: c'est moi
- 3A : ah (.) bonsoir
- 4B : comment tu vas ?
- 5A : oh : qu'est-ce que tu veux que je dise ? il faut que je prenne quelque chose (.) j'en ai besoin d'un coup de fouet
- 6 (0,2)
- 7A je me=j'en ai plus le courage de tout ça ce soir et je suis fatigué

Les options projetées par la première demande de nouvelles

Cependant, les ouvertures n'aboutissent pas toujours aussi rapidement à une thématization de l'état du malade. L'appelé dispose de trois registres de réponse à la question « comment ça va ? » : positif (« merveilleusement »), négatif (« pas du tout ») ou neutre (« ouais, ça va ») (11). Les deux premiers créent un environnement favorable à une thématization, dans la mesure où l'appelant peut ensuite engager une procédure de diagnostic sur l'état du malade ; il n'en va pas de même pour le dernier, qui nécessite un surcroît de travail de la part de l'appelant. La thématization de l'état du malade est encore plus complexe si le malade répond « ça va, et toi ? ». En effet, l'appelant doit alors donner de ses nouvelles avant de réintroduire sa demande initiale.

(11) SACKS, H., 1973.

(12) BUTTON, G. & CASEY, N., 1984.

Réponses qui ouvrent à un diagnostic

Dans nos données, la moitié des réponses à la question « comment ça va ? » suscite un diagnostic du genre de ce qui suit :

ex.4(46DP)

- 1A : allô oui ?
- 2B : papa:: c'est moi
- 3A : (0,5) ah
- 4B : comment tu vas ?
- 5A : (0,2) fondu
- 7B : tu es fondu ?
- 8A : oh ?
- 9B : putain:
- 10A : (inaudible) je suis couché, je n'en pouvais vraiment plus (.) j'ai mal partout je me suis déshabillé

Réponses neutres

Environ un tiers des questions reçoit une réponse neutre. Dans ces cas, l'appelant procède à un recyclage de sa question, et/ou à la production, par lui-même, d'un thème possible (12). Il peut également s'efforcer de thématiser une réponse neutre.

Dans l'exemple ci-dessous, c'est l'appelé qui demande, en premier, les nouvelles de son appelant (5A). Sa réponse ainsi que son « ça va ? » réciproque sont produits dans un même tour (6B). La neutralité des nouvelles de l'appelé (7A) conduit l'appelant à recycler sa question en 8B, engageant ainsi l'appelé à procéder à une révision de sa réponse initiale.

ex.5(5DP)

- 1A : allô oui ?
- 2B : pépé:: ?
- 3A : oui (.) bonsoir
- 4B : c'est moi
- 5A : ça va ?
- 6B : oui: et toi ?
- 7A : oui
- * 8B : tu es sûr ?

Dans les cas de réponse neutre, l'appelant peut également, en reformulant sa question, proposer lui-même un thème

possible. Dans l'extrait ci-dessous, c'est après avoir recyclé sa question (6B), sans succès (7A), que l'appelant propose un thème possible (8B).

ex.6(16DP)

- 1A : oui allô oui ?
- 2B : pépé c'est moi::
- 3A : oui ?
- 4B : comment tu vas ?
- 5A : ça va
- 6B : ça va ?
- 7A : ah :
- * 8B : tu es encore un peu fatigué ?
- 9A : un peu j'ai un peu mal au ventre

L'exemple ci-dessous illustre particulièrement les difficultés liées à la thématization du « ça va ? » en cas de réponse neutre (13).

ex.7(12EP)

- 1A : allô oui ?
- 2B : pépé:: ?
- 3A : oui:
- 4B : ça va ?=
- 5A : =bonsoir .hh
- 6B : ça va ?
- {
- 7A : ça va:=
- 8B : =oui ?
- 9A : oui
- 10B : ça va alors
- 11A : ça va mieux (.) m=
- 12B : =bon=
- 13A : = mieux qu'hier
- 14B : ah oui ?
- 15A : oui
- 16B : oui Daniel m'a dit que tu étais dans les choux
- 17A : un peu hier

A la première demande de nouvelles, l'appelé répond par une salutation suivie d'une inspiration (5A). Les tours suivants sont produits simultanément : l'appelant, n'ayant pas obtenu une réponse, recycle sa question, alors que l'appelé, à la suite de son inspiration, répond à la première demande de nouvelles. Ensuite, ces nouvelles étant neutres, l'appelant cherche à les thématiser. Sa question sollicite une confirmation de la part de l'appelé –

« oui ? » (8B) – qu'il obtient en (9A). Dans le tour suivant, l'appelant indique sa compréhension de la réponse, *i.e.* que tout va bien ; ce qui aurait pu clôturer cette séquence de prise de nouvelles si l'appelé n'avait pas ajouté un élément nouveau (11A) à sa réponse initiale. Ce supplément d'information fournit un point d'appui pour thématiser l'état du malade. En 12B, celui-ci est interrompu par l'appelant qui manifeste sa satisfaction. Puis il est incité à produire un plus ample développement de ses nouvelles (14B), tout comme il l'avait été précédemment (8B). L'appelé, encore une fois, confirme (15A), mais sans commentaires. Ensuite, l'appelant révèle qu'il détient une information sur l'état du malade : il savait que celui-ci n'allait pas trop bien (16B). Ce décalage entre hier et aujourd'hui, produit de l'enquête du visiteur, donne lieu à une thématization dans les échanges qui suivent.

Cet exemple est intéressant à plusieurs titres. On constate que la première paire d'échange de nouvelles n'est pas suivie d'une seconde. L'appelé aurait pu, éventuellement, initier celle-ci en 7A si l'appelant n'avait pas repris la parole aussi promptement (8B). Il aurait pu le faire également en 9A, *i.e.*, après avoir confirmé sa réponse. On remarque aussi que l'appelé ne fournit pas de commentaire à la suite des « thématiseurs » de l'appelant (8B et 14B). Les relances successives de ce dernier soulignent le travail exigé, dans ces circonstances, pour engager la visite. L'appelant indique à l'appelé, à travers ses contributions successives, que sa demande de nouvelles dépasse le cadre habituel des échanges « ça va ? », typiques des ouvertures de conversations téléphoniques, et qui ne sont pas pris « à la lettre ». Il s'agit bien d'obtenir de ses nouvelles. L'enquête de l'appelant ne peut avoir lieu que lorsque l'appelé « a pris note » (11A) du changement de modalité du « ça va ? » opéré par l'appelant, et concède, lui aussi,

(13) Cet appel constitue le troisième du corpus de l'appelant E. Il se peut, donc, que les visites n'aient pas encore acquis un caractère routinier, ce qui pourrait rendre compte du travail important fourni par l'appelant pour assurer, auprès de l'appelé, qu'il téléphone bien pour « visiter ». Selon E (l'appelant), que nous avons interrogé, ce n'est que depuis l'événement de la maladie de son beau-père qu'elle l'appelle régulièrement.

à une participation active. Ceci passe, ici, par la désambiguïsation de l'activité de l'appelant.

Dans cet exemple, l'instauration de l'activité « visite » a été ardue non seulement en raison des réponses neutres et de l'absence de commentaires de l'appelé, mais aussi en raison du statut accordé par l'appelant au « ça va » de l'appelé. Son « tout va bien » constitue, dans ce cas particulier, une nouvelle digne d'attention. Il présente un décalage par rapport aux informations de l'appelant sur l'appelé.

Dans les cas où l'appelé demande, en premier, des nouvelles de l'appelant, ce dernier doit répondre avant de poser sa question sur l'état du malade. C'est ce qui se passe dans l'exemple suivant, à la suite d'un travail de reconnaissance/identification moins aisé que dans les exemples précédents. La première tentative de prise de nouvelles du malade échoue (6B) – ce dernier interrompt l'appelant pour s'assurer de son identité (7A) – ainsi que la seconde (8B). Ce n'est qu'ultérieurement (12B), après avoir donné de ses propres nouvelles, que l'appelant parvient enfin à solliciter celles du malade. Comme dans l'exemple précédent, la réponse du malade fait l'objet d'une relance (14B), qui suscite un diagnostic (15A).

ex.8(15EP)

- 1A : allô oui
- 2B : pépé
- 3A : oui
- 4B : salut
- 5A : salut
- 6B : comment tu=
- 7A : =c'est Estelle
- 8B : oui Comment
- {
- 9A : tu es toute seule
- 10B : non euh (0,2) il sort les poubelles
- 11A : ah bon (.) ça va ?
- 12B : ((rires)) oui ça va et toi
- 13A : et oui
- * 14B : oui ?
- 15A : je traîne, je traîne (inaudible)

Il se peut enfin, mais ce cas est peu fréquent dans nos données, que la neutralité des réponses successives du malade à la question « ça va ? » crée un environnement à tel point défavorable à la prise de

nouvelles que l'appelant doit remettre à plus tard cette activité. Dans l'extrait ci-dessous, confronté à une réponse neutre du malade (5A), l'appelant recycle sa question. L'appelé réitère, à deux reprises, sa première réponse (7A et 9A). Par là, il compromet la thématization de son état. L'appelant propose ensuite ses propres nouvelles comme thème possible (10B). Et dans la mesure où l'appelé s'aligne en tant que destinataire de ces nouvelles, il doit attendre que se crée un environnement plus favorable pour relancer sa quête auprès du malade (21B).

ex.9(30DP)

- 1A : allô oui ?
- 2B : c'est moi
- 3A : ah (.) bon bonsoir
- 4B : comment tu vas ?
- 5A : ça va
- 6B : depuis tout à l'heure ?
- 7A : ça va
- 8 (0,2)
- 9A : ça va
- * 10B : on arrive de courir là
- 11A : encore
- 12B : ouf
- 14A : voilà
- 15B : on a couru 25 kilomètres
- 16A : (inaudible)
- 17B : ((rires)) voilà
- 18A : tu dois avoir faim alors
- 19B : non pas du tout euh on est trop fatigué là pour l'instant
- 20A : tachez de manger quand même euh
- 21B : te fais pas de soucis (.) tu as mangé toi ?

Lorsque l'appelant téléphone pour « prendre des nouvelles », l'ancrage de la prise de nouvelles en tant que premier thème de la conversation peut donc être facilité ou entravé par la réponse de l'appelé. Il peut se faire à la première paire d'échange « ça va ? », cas le plus fréquent, ou, à défaut, à l'achèvement des deux paires.

Les appels du type « visite » examinés ici présentent une spécificité par rapport aux ouvertures téléphoniques typiques : souvent le malade répond de manière neutre à la première question « ça va ? », tout en n'initiant pas la seconde paire. Or, habituellement il est fréquent que la seconde paire succède à la première, comme dans l'extrait

ci-dessous (14) : la réponse neutre et l'initiation de la seconde paire ont lieu dans un même tour de parole.

- 1A : allô
- 2B : Nicole ?
- 3A : oui
- 4B : c'est Magali
- 5A : ça va ?
- 6B : ça va et toi ?
- 7A : et oui super

Dans la plupart des appels de notre corpus, la neutralité de la réponse du malade est laissée à l'appréciation de l'appelant. Le malade laisse quasi systématiquement l'initiative à son interlocuteur quant à la question « que faire maintenant ? », lui offrant, par là, la possibilité de recycler sa question ou de proposer un thème. Et même quand la réponse est neutre, ce qui rend difficile la thématization de l'état du malade, le retardement de la deuxième paire d'échanges « ça va ? » fournit à l'appelant l'opportunité d'engager l'activité « visite » auprès du malade. En effet, l'appelant ne se satisfait pas de réponses neutres : il insiste auprès de l'appelé, ce qui, dans d'autres circonstances, pourrait apparaître comme un défaut de politesse.

Dans ces appels-visites, le malade ne tient jamais un long monologue sur ce qui lui arrive. Ses énoncés sont synthétiques ; il procède à une évaluation rapide, condensée, de son état actuel. Il évoque, en abrégé, son état physique, ses douleurs, son état moral, etc. Par là, il fournit à son interlocuteur une « mise à jour » à partir de laquelle ce dernier peut, par la suite, façonner sa participation. L'état du malade, rapporté dans ces séquences d'ouverture, circonscrit ce qui est fait ultérieurement pendant ces visites. Il sert d'aiguillon au visiteur pour poursuivre son « enquête » et définir ses contributions, *e.g.*, manifester sa compassion, encourager le malade, s'efforcer d'atténuer le caractère problématique de sa situation, proposer ses services, son aide, etc. En ce sens, le « rapport » du malade, produit d'une

enquête « préliminaire », devient une ressource pour la suite du déroulement de la visite.

Pratiques d'alignement

C'est notamment lors des échanges consacrés au malade que se décide la nature de la participation des conversants. Leurs alignements successifs reflètent leurs ajustements mutuels, à travers lesquels ils gèrent les termes de leur rencontre. Il s'agit donc d'examiner les conséquences provoquées par les différentes pratiques d'alignement. Selon l'alignement de l'un et de l'autre des participants, l'activité en cours peut être entravée ou facilitée.

Le déroulement des séquences consacrées au malade requiert, tout d'abord, un alignement adéquat de la part des deux participants. Dans le cas des visites téléphoniques, l'appelant s'aligne, du moins initialement, en tant que destinataire des nouvelles du malade : c'est lui qui les sollicite. Cependant, le malade n'endosse pas nécessairement l'identité discursive de « narrateur ». Dans ce cas, nous l'avons vu, l'appelant doit fournir un travail plus important pour amener le malade à donner de ses nouvelles.

Ce format d'enquête manifeste certaines caractéristiques. D'une part, l'« enquêté » (le malade) n'a pas à négocier l'autorisation de produire ses nouvelles. Celles-ci sont traitées comme dignes d'attention dans et à travers l'« enquête » de l'appelant qui, par sa demande, accorde d'emblée à l'appelé le droit (et le devoir) de parler de ses états. D'autre part, le visiteur maintient un certain contrôle sur la production effective des nouvelles. Si le malade est invité à décrire ses états, les incitations et/ou les questions successives du visiteur participent aussi au « rapport » du malade. Il s'ensuit que les nouvelles du malade sont aussi le fait de ce que le visiteur veut entendre (15).

(14) Cet exemple provient d'un autre corpus d'enregistrements. Il s'agit d'un appel effectué par une malade à une amie, mais ne relève pas du type visite examiné ici.

(15) WATSON, D.R., 1990.

Ce processus ne se déroule pas toujours de manière non problématique. Les deux participants ne s'accordent pas toujours sur la nature des nouvelles, *e.g.* le malade peut manifester sa volonté de rapporter quelque chose que son interlocuteur estime être de peu d'importance. De plus, ces nouvelles sont, à leur tour, l'objet de commentaires et d'évaluations de la part du destinataire (16). Celui-ci peut s'aligner en ratifiant de manière appuyée les plaintes du malade, tout comme il peut s'efforcer de les atténuer. Enfin, le visiteur peut, selon ce que le malade rapporte, chercher à apporter son aide. Ses propositions peuvent être acceptées ou refusées ; elles peuvent aussi compromettre l'exposé du malade.

L'alignement adéquat

Dans le meilleur des cas, l'appelant s'aligne de façon à encourager le malade à développer ses nouvelles. Par là, il l'incite à poursuivre (17). Son alignement peut se manifester de plusieurs manières. L'appelant peut émettre des « continueurs » – *e.g.* « mm », « je vois », « oh », etc. Il peut également inciter le malade à produire de plus amples développements à travers ses questions/relances successives. Enfin, le destinataire peut façonner ses réponses aux évaluations du malade de manière à maximiser la fréquence des accords.

Dans l'extrait 10 ci-dessous, c'est le malade qui est l'appelant. Toutefois, cet appel a les caractéristiques d'une visite. En effet, le malade a entendu la sonnerie du téléphone avant qu'il arrive dans son appartement. Pensant que c'était sa belle-fille, il l'a rappelée. On remarque que les contributions successives de l'appelé-visiteur sont façonnées de manière à encourager, sans ambiguïté, le développement des nouvelles du malade.

ex.10(19PE)

- 1A : alors ?
- 2B : alors ben le docteur me voit demain parce que (0,2) ils trouvent que c'est trop rouge
- 3A : AH ENCORE
- 4B : OUI ils m'ont brûlé un peu trop
- 5A : OH:: là là
- 6B : et oui c'est pour ça que j'ai mal et beaucoup à l'intérieur
- 7A : hhhoh ?
- 8B : j'ai mal à avaler maintenant
- 9A : ben dis donc
- 10B : il s'en est pas aperçu il m'a dit (inaudible)
- 11A : mm
- 12B : voilà
- 13A : mince alors
- 14B : ah oui
- 15A : oh là là là c'est embêtant tout ça
- 16B : oui
- 17A : toi tu peux pas arrêter chaque fois et reprendre eh
- 18B : mais qu'est-ce que tu veux ?
- 19A : oh là là

Le visiteur marque tout d'abord sa consternation (3A), ce qui conduit le malade à accentuer le caractère problématique de ce qu'il rapporte : du « *c'est trop rouge* » (2B) il passe à « *ils m'ont brûlé un peu trop* » (4B). Le visiteur réitère alors sa consternation (5A), à la suite de quoi le malade donne cet incident comme explication de son état physique actuel (6B). Ensuite, le visiteur marque le caractère déconcertant, inattendu, des maux du malade (7A). Celui-ci ajoute un élément nouveau (8B), ce qui suscite, encore une fois, la consternation du visiteur (9A). Par la suite, le malade rapporte que son état physique n'a pas été remarqué par le médecin (10B), ce qui a eu pour effet d'accroître le caractère problématique de sa situation : jusqu'à ce jour, son problème n'a pas retenu l'attention des instances médicales. Les contributions successives du visiteur ratifient non seulement les commentaires du malade ; elles les encouragent aussi : à chaque fois, ce dernier ajoute un élément nouveau à son énoncé

(16) POMERANTZ, A., 1984.

(17) JEFFERSON, G., 1988.

précédent pour aboutir, en crescendo, à une description de sa situation comme étant grave.

Ce n'est que lorsque le visiteur produit un « continueur » plus neutre, « *mm* » (11A), que le malade indique que son compte rendu prend fin (12B). Ceci donne lieu à des réponses évaluatives de la part du visiteur (13A et 15A) qui sont, à chaque fois, confirmées par le malade (14B et 16B). C'est alors que le visiteur ajoute un élément nouveau à ses évaluations « alarmistes ». Non seulement ce problème est éprouvant pour le malade ; mais il compromet le bon déroulement de son traitement (17A). La réponse du malade sur le mode de la fatalité (18B), suscite, à nouveau, une manifestation d'inquiétude de la part du visiteur (19A). Dans les échanges suivants (non rapportés ici), la discussion porte sur la possibilité, souhaitée par le malade, et l'impossibilité, selon le visiteur, d'arrêter le traitement.

Un autre exemple fait voir l'importance de la contribution du destinataire des nouvelles, tout particulièrement, dans ces circonstances où, dépourvus de moyens oculaires et gestuels, les participants sont contraints d'émettre des « sons » pour attester de leur écoute.

ex.11(13DP)

- 1A : (inaudible) j'ai rien mangé (.) cette putain de bronchite
2B : ah ?
3A : et oui cet après-midi j'ai de la fièvre beaucoup 37,4 avant d'y aller
4B : ah oui, ça c'est la bronchite
5A : ça c'est la bronchite
6B : euh
7 (0,5)
8A : enfin (inaudible) après il n'y aura plus qu'une semaine j'espère
9 (0,5)
10A : où es-tu
11B : j'écoute
12A : ah (.) tu écoutes
13B : et oui euh j'espère aussi
14A : et oui puisque ça va faire dans les quinze jours

Ici, bien que le visiteur s'aligne de manière adéquate, le malade n'a pas toujours accès à son positionnement ; ce qui suscite des perturbations interactionnelles. Après avoir peint « un tableau » de ses

problèmes de santé, avec l'aide de son visiteur (1A - 5A), le malade évoque, en guise de conclusion – « *enfin* » (8A) – une perspective plus heureuse : la fin toute proche de son traitement. Suit un silence que le malade attribue au visiteur (ligne 9). Non seulement celui-ci ne produit pas une seconde évaluation, mais il n'émet non plus aucun son. Par conséquent, le malade n'a aucune indication sur sa position, ni sur ce qu'il devrait faire. Il aurait suffi au visiteur de produire un « continueur », ne serait-ce qu'au moyen de sa respiration, pour éviter ce problème au malade. Celui-ci s'attend à ce que le visiteur prenne son tour. Ce qu'il ne fait pas. Ceci est traité comme une absence notable par le malade, qui s'enquiert de la présence de son interlocuteur (10A). Le visiteur « répare » ce *malentendu*, tout en marquant son alignement en tant que destinataire des nouvelles du malade (11B). Néanmoins, le malade se montre perplexe (12A). Il reconnaît ainsi le visiteur comme destinataire de ses nouvelles malgré l'absence d'« évidences » ; mais en rappelant la distribution différenciée des rôles discursifs, il contraint la prise de parole du visiteur. En effet, l'évaluation produite par le malade rend pertinente une confirmation de la part du visiteur. Autrement dit, le visiteur, une fois le *malentendu* « réparé », est convié à confirmer l'interprétation du malade, à savoir qu'il s'agissait bien d'un *malentendu*. Le visiteur aurait pu se contenter d'un simple « oui, oui », par exemple ; mais il a des moyens plus convaincants à sa disposition : la preuve de son écoute effective est qu'il « *espère* », tout comme le malade (8A), que les séances de radiothérapie touchent à leur fin (13B). Ainsi, non seulement il réaffirme son identité discursive, mais il marque également son alignement sur la position du malade.

Divergences d'évaluation et compétition technique

Des perturbations interactionnelles résultent soit d'une divergence d'appréciation, soit, mais pas nécessairement, de propositions du visiteur (conseils, solutions à

un problème, services, etc.) qui parasitent la réception du récit. De telles perturbations sont liées à des positions discordantes et à une compétition technique entre locuteurs. L'enjeu est l'imposition d'un format séquentiel correspondant à une activité donnée.

En cas de divergence d'appréciation, le malade ou le visiteur se trouve dans l'obligation de reconsidérer le fondement de son évaluation. En cas de proposition, si le malade s'aligne en tant que « narrateur » (et non comme destinataire de propositions) et l'appelant en tant qu'émetteur de propositions (et non comme destinataire des nouvelles), l'activité en cours peut être contaminée (18) par des changements unilatéraux d'alignement menaçant le cadre commun de participation et d'activité. Or, tout cadre d'activité nécessite la distribution de positions ratifiées de producteur et de récepteur (19).

Divergences d'évaluation

A tout moment, l'un ou l'autre des participants peut connaître des difficultés pour produire son tour de parole. C'est notamment le cas quand apparaissent des divergences d'évaluation. Le traitement d'une telle situation exige plus de travail que d'autres. Ce surcroît de travail, exhibé dans l'élaboration d'un tour de parole, constitue une information sur la nature d'un énoncé et sur la position du locuteur par rapport à ce qu'il fait (20). Dans les exemples présentés ci-dessous, chaque divergence d'évaluation est introduite avec précaution, que ce soit par le visiteur ou par le malade. Dans un premier temps, les énoncés s'alignent sur l'évaluation qui précède pour ensuite l'atténuer ou, selon les circonstances, l'aviver (21). Ces divergences ne sont pas contiguës à l'évaluation ; elles sont différées et, le plus souvent, font l'objet d'une justification.

Lorsqu'une seconde évaluation, répondant à une évaluation précédente, manifeste une divergence, l'activité en cours est momentanément arrêtée, *i.e.* tant que la divergence n'est pas réduite. Dans chacun des extraits suivants, un terme est mis à la divergence par un compromis, ce qui permet soit de reprendre l'activité en cours, soit d'en entamer une autre.

Dans un premier exemple (extrait 12), le malade manifeste sa satisfaction de ne pas subir une complication supplémentaire de son état de santé (9A). Le visiteur tente alors d'atténuer son contentement. S'il s'aligne initialement sur le malade (10B), c'est pour ensuite, après un silence (ligne 11), amorcer une divergence d'appréciation – « *mais même (.) ...* » – laquelle est justifiée par référence à sa propre expérience (12B). Ainsi, le visiteur préserve-t-il un alignement adéquat dans un premier temps, différant son atténuation du soulagement manifesté par le malade. Cette divergence n'empêche pas le malade de maintenir sa position initiale (13A) : que le « zona » ne soit pas une maladie sérieuse n'enlève rien à sa satisfaction de ne pas l'avoir contracté. Le visiteur se rallie alors à ce point de vue : il rectifie son « *c'est pas grave* » (en 12B) par « *c'est emmerdant mais enfin* » (14B). Le malade reprend ensuite le compte rendu de ses nouvelles.

ex.12(SDP)

1A : allô oui ?
 2B : pépé:
 3A : oui bonsoir
 4B : c'est moi
 5A : ça va ?
 6B : oui et toi ?
 7A : oui
 8B : tu es sûr ?
 9A : (1,0) euh je suis content que j'ai pas le zona
 10B : oui
 11 (0,2)

(18) JEFFERSON, G., 1985.

(19) JEFFERSON, G. & LEE, J.R.E., 1981.

(20) Nous faisons référence ici aux dispositifs de marquage à travers lesquels le locuteur peut indiquer le caractère préféré ou non préféré de son activité. Voir : SACKS, H., 1987 ; POMERANTZ, A., *op.cit.*

(21) C'est le cas notamment dans ex.13. On observe, en effet, que la minimisation de la situation rapportée par le malade est contestée. Dans ce cas-ci, le malade rehausse la gravité de son état de santé en évoquant une perspective encore plus pessimiste.

- 12B : mais même: (.) c'est pas grave le zona je l'ai eu moi
- 13A : je suis content moi
- * 14B : c'est emmerdant mais enfin
- 15 (0,2)
- 16A : ce matin je suis allé faire raccourcir un peu le masque

L'extrait 13 fournit un exemple différent.

ex.13(55DP)

- 1A : allô oui ?
- 2B : mon pépé c'est moi
- 3A : oui ?
- 4B : bonjour
- 5A : bonsoir je perds la voix
- 6B : (0,2) ah c'est pas grave c'est l'irritation de la gorge
- 7A : c'est l'irritation parce que (0,2) euh je dois voir le docteur demain parce que si je dois continuer comme ça (0,2) il y aura plus de poumons dans quelque temps
- 8 (0,5)
- * 9B : hh bon (0,2) je=demain on a pas pu=tu as pas pris rendez-vous chez Siboni ?

Le visiteur produit une évaluation sur la situation rapportée par le malade (5A) : « *c'est pas grave* » (6B). La réponse du malade s'accorde dans un premier temps avec l'appréciation du visiteur : le « *c'est l'irritation parce que* » du malade (7A) succède, de manière contiguë, au « *c'est l'irritation de la gorge* » du visiteur (6B). L'énoncé par le malade de sa différence d'appréciation est différé ; au « *parce que* » succède un silence puis un « *euh* », ce qui indique son hésitation. Il évoque alors la nécessité d'un rendez-vous avec son médecin (7A), en prélude à l'expression de sa divergence. En effet, après un court silence, au « *c'est pas grave* » précédent du visiteur (en 6B), il oppose un « *il y aura plus de poumons dans quelque temps* » (7A). Cette perspective pessimiste contredit l'atténuation du visiteur en même temps qu'elle justifie la divergence d'appréciation du malade. Après un silence, le visiteur prend la parole pour concéder au malade que son pessimisme est justifié (9B) : cependant il ne rectifie pas sa première évaluation ; il envisage, comme le malade, un rendez-vous chez le médecin.

Cet exemple a ceci de particulier que le malade donne de ses nouvelles sans y avoir été invité (5A). C'est là une manière

d'indiquer leur statut singulier. Le visiteur hésite – un silence, puis « *ah* » – puis minimise l'état de choses rapporté par le malade. Le fait qu'il « se rebiffe » en réponse à l'atténuation du visiteur (7A) doit être envisagé dans ce cadre spécifique. Le malade peut s'attendre à ce que ses nouvelles suscitent l'attention du visiteur voire une plainte de sa part. Or ce dernier les minimise, alors qu'il aurait pu manifester une consternation ou, au moins, un intérêt plus marqué. Pour réorienter la conversation à son sujet et faire percevoir son anxiété par son visiteur, le malade doit, ici, fournir un surcroît de travail.

Compétition technique

Dans ces séquences où il est question de l'état du malade, l'interlocuteur peut chercher une solution aux problèmes rapportés, faire des propositions, offrir ses services, etc. Dans ce cas, le malade perd son statut de « narrateur » et devient le destinataire de conseils ou de propositions, identité discursive qu'il peut éventuellement contester.

On a un premier exemple dans l'extrait 14.

ex.14(12EP)

- 1A : j'y vais à quatre heures et demie alors je pars d'ici à quatre heures
- 2B : euh mm
- 3A : alors tu sais c'est deux trois heures comme ça qu'il faut attendre comme ça à partir de midi
- 4B : mais pourquoi tu te dis pas VOILA je me prépare à trois heures et demie
- 5 (1,0)
- 6B : donc tu penses pas avant trois heures et demie
- 7A : je me prépare avant MOI
- 8B : et il te faut combien de temps pour te préparer
- 9A : oh euh je me lave un peu, je mets un tricot propre et puis voilà
- 10B : et ça te fait combien de temps
- 11A : dix minutes
- 12B : et bien tu commences à trois heures et demie oh là là PÉPÉ:::
- 13A : oui
- 14B : comme ça tu te dis tu es tranquille (.) moi c'est ce que je fais quand je dois aller quelque part je n'y pense pas
- 15 (0,2)
- 16B : je calcule le temps qu'il faut pour me préparer et je ne pense pas avant cette heure-là

- 17A : bon, et bien je vais faire la même chose
 18B : essaie euh parce que c'est pas la peine de rester à tourner en rond trois heures euh: (0,2) voilà euh tu as autre chose à faire
 19A : je descends en bas (.) là-bas où il y a le euh euh euh le magasin [de l'ambulancier]
 20B : oui
 21A : où il y a la dame (.) la patronne
 22B : oui oui
 23A : avant de partir, je discute un peu
 24B : oui
 25A : voilà alors ça va
 26B : oui bien c'est bien voilà
 27A : je suis content de parler un peu parce que tout ça ça inquiète

Cette séquence débute par l'évocation par le malade de l'heure du départ de son domicile (1A). Il manifeste ensuite son mécontentement par rapport aux inconvénients de l'attente, jugée trop longue, avant de se rendre à la clinique pour son traitement (3A). En réponse à cette plainte, son interlocuteur lui propose un moyen de réduire le temps de l'attente (4B). Cette proposition ne reçoit pas de réponse : elle est suivie d'un long silence (ligne 5). Le visiteur reprend alors la parole pour évoquer les avantages de son conseil (6B). Cette fois-ci, le malade répond, mais en déclinant la proposition du visiteur (7A). Ensuite, ce dernier procède à un diagnostic du problème (8B et 10B) afin de rallier le malade à son point de vue. Si ce dernier concède finalement (13A et 17A), il se dérobe, en partie, par la suite. En effet, en réponse aux remarques de conclusion du visiteur – « *tu as autre chose à faire* » (18B) – le malade rend compte de ce qu'il fait effectivement. Pour le malade, se préparer avant l'heure n'est pas entièrement fortuit : cela lui permet de se rendre en avance chez l'ambulancier afin de « *discuter un peu* » (23A), ce qui le soulage (27A).

Il ressort de cet échange que le malade n'anticipe pas ses séances de radiothérapie de manière sereine. Ses plaintes auraient pu susciter l'expression de son inquiétude si le visiteur n'avait pas cherché à résoudre son problème. En proposant une solution et en se mettant à la place du malade (14B - 16B) pour le rallier à son point de vue, le visiteur s'est positionné en tant que « conseiller », ce qui impliquait, pour le malade, d'adopter la position de destina-

taire d'un conseil. Celui-ci n'a pu reprendre son statut de « narrateur » (19A) que lorsque l'environnement est devenu favorable à cette activité. Dans cet exemple, contrairement aux séquences d'ouverture, le « rapport » du malade sur son état prend place à la suite d'une narration de ses activités et comme explication de celles-ci.

Un autre exemple permet de saisir les perturbations interactionnelles que peut susciter une permutation des identités discursives, lorsqu'il est question d'un problème de l'un des participants.

ex.15(42DP)

- 1A : j'avais pas faim, j'ai mangé un demi yaourt
 2B : oui oui
 3A : (inaudible) j'ai pas mangé beaucoup j'ai pas faim
 4B : oh putain et oui c'est pas bien ça parce que tu perds des forces
 5A : et oui (inaudible)
 → 6B : je vais essayer à te trouver des vitamines pépé
 * 7A : (il faut mieux que j'attends la fin et puis je ferai un série de piqûres) pour me remonter
 8B : mm
 9 (0,2)
 → 10B : ou des ampoules tu n'es pas obligé de faire des piqûres. Je vais je vais essayer à te trouver ça euh je vais t'en trouver je vais voir la pharmacienne
 11A : oui
 12B : il faut=il faut il faut il faut sinon tu perds tes forces
 * 13A : je fais des efforts mais j'en peux plus
 14B : eh oui
 15A : qu'est-ce que tu veux faire, j'ai pas d'appétit qu'est-ce que tu veux (.) même pas des biscuits
 → 16B : il faut manger pas trop des trucs secs (l'enregistrement s'arrête)

Dans un premier temps, le destinataire de la description du malade s'aligne de manière adéquate (2B et 4B) pour le bon déroulement de cette activité. Ensuite, il propose une solution au problème de son interlocuteur (6B), ce qui occasionne un renversement des identités discursives assumées par les deux participants jusque-là : de producteur d'une description de ses problèmes, le malade devient récepteur d'une proposition, qu'il refuse d'ailleurs au tour suivant (7A). C'est peut-être là une manière de réactualiser son statut de « nar-

rateur ». En effet, le malade suggère qu'il vaut mieux remettre à plus tard la résolution du problème, ce qui a pour effet de réinstaurer son statut de « personne avec un problème ». De plus, à la proposition de « vitamines », il substitue « une série de piqûres ». Dans la mesure où les piqûres semblent avoir une connotation plus sérieuse, il accentue, dans le même temps, la gravité du problème. Quoi qu'il en soit, son interlocuteur, après une hésitation, conteste la nécessité « des piqûres », et réitère son intention de lui procurer, au moins, « des ampoules » (10B). Par là, il cède sur le sujet des vitamines tout en affirmant un projet intermédiaire. Ce n'est qu'après la justification de ce projet par le « conseiller » (12B) que le malade reprend, avec succès, son rôle de « narrateur » (13A). Les identités discursives se trouvent ainsi, à nouveau, renversées. Mais le visiteur reprend rapidement son rôle de « conseiller » (16B). Nous assistons donc à un revirement des identités discursives impliquées par les activités effectuées dans cette suite d'échanges : des problèmes du malade, on passe aux conseils du visiteur ; puis on revient aux problèmes du malade et aux conseils du visiteur.

Cet examen rapide des pratiques d'alignement ne révèle rien de spécifique, au niveau de l'organisation structurale des échanges, par rapport à d'autres conversations, dans lesquelles il est également question d'un problème de l'un des participants. Cependant, ces séquences laissent entrevoir une implication forte des participants dans la relation téléphonique (22). En effet, on observe des manifestations de divergences d'opinion de la part du malade, tout comme du visiteur, ce qui dénote l'engagement des participants dans l'activité en cours. Là où certains pourraient « laisser dire » afin de ne pas trop s'impliquer, ici l'un et l'autre interviennent pour exprimer une divergence d'évaluation. Cette implication forte n'est

pas sans rapport avec le caractère intime de ces visites, qu'on ne trouverait peut-être pas dans une conversation entre, par exemple, de simples connaissances. On constate ainsi que le malade rapporte une profusion de détails sur son état physique – « ils m'ont trop brûlé », « j'ai 37,4 de fièvre », « je ne mange pas », « je perds la voix », etc. –, détails qu'il ne fournirait sans doute pas aussi facilement dans d'autres circonstances. En outre, qui pourrait dire à un malade en traitement pour un cancer des cordes vocales que ce n'est pas grave de perdre la voix, sinon quelqu'un qui entretient une relation suivie avec lui et qui est régulièrement tenu informé de son état de santé ? Qui pourrait mettre fin aux plaintes de ce même malade en lui rappelant qu'« on ne le bombarde plus de cobalt », sinon quelqu'un dont le degré d'intimité avec lui est tel que cette recommandation ne porte pas à conséquence pour leur relation ?

Ainsi, bien que l'examen des pratiques d'alignement ne nous renseigne pas sur un phénomène organisationnel spécifique à ces appels du type « visite », il nous fait accéder à la trame téléphonique du lien familial tel qu'il se manifeste face à l'événement de la maladie. Par exemple, la permissivité qui caractérise certains énoncés est ici la conséquence d'une analyse, par celui qui les produit, de ce que son interlocuteur, en raison de leur intimité, peut éventuellement recevoir. Les exemples exposés révèlent également certains des composants de la relation de soutien. Le visiteur, selon les circonstances, exprime sa compassion, cherche à réduire l'anxiété du malade, offre des solutions aux problèmes qu'il rapporte, propose ses services, etc. Enfin, on constate que la visite ne va pas nécessairement de soi. Elle impose une attention soutenue de la part des participants en particulier face aux défauts d'alignement qui peuvent occasionner des perturbations exigeant « réparation ».

(22) Cette implication forte émerge aussi des séquences d'ouverture examinées plus haut. D'une part, la majorité des réponses du malade à la question « comment ça va ? » donne lieu à une thématization de son état, ce qui révèle sa disponibilité immédiate pour cette activité. D'autre part, les incitations appuyées du visiteur, en cas de réponses neutres, indiquent son intention pressante d'obtenir le « rapport » du malade.

La pertinence de l'identité « malade »

Il nous reste à explorer la nature de la relation visiteur-visité. Ceci nous conduit à examiner l'inscription de la relation dans une dimension temporelle impliquant des « visites-en-série », ainsi que la séquentialité de la relation elle-même pendant la visite. La relation de soutien se construit au fil des visites mais aussi pendant chacun des épisodes.

Des visites-en-série

Les enregistrements dont nous disposons ont ceci de spécifique : les rencontres sont organisées, dans leur ensemble, en tant qu'épisodes singuliers d'une série de conversations (23). Cette spécificité manifeste des échanges n'est pas le fait de la fréquence des conversations mais de l'orientation des participants en fonction d'un certain état de leur relation (*e.g.* une relation familiale, antérieure à l'événement de la maladie, et une relation de soutien, occasionnée par cet événement). L'état de la relation qui réunit les deux participants est manifesté notamment dans les séquences d'ouverture et de fermeture. En quelque sorte, les participants marquent l'état de leur relation aux fins de l'interaction présente. Ce qui s'est passé la dernière fois peut être rappelé afin d'initier la visite tout comme l'évocation de ce qui s'est passé aujourd'hui peut servir à mettre la conversation présente sur la voie d'une clôture.

La première prise de parole de l'appelant peut incarner le caractère routinier et familial de cette relation, par exemple : « *pépé ?* » ; « *papa c'est moi* » ; « *c'est moi* » ; « *allô colibri* ». Les séquences d'ouverture fournissent également aux participants l'opportunité de se retrouver pendant les échanges « comment ça va ? ». On

observe, en effet, que chacune des visites consiste largement à prendre des nouvelles, les uns des autres, depuis la dernière rencontre. Or, une manière de solliciter et/ou de produire des nouvelles consiste à se remémorer une dernière rencontre, dans la mesure où tout ce qui s'est passé depuis peut constituer un événement digne d'être mentionné (24). Ainsi, les participants s'orientent-ils, pour organiser leur rencontre présente, en fonction d'un état de leur relation qui implique « des visites-en série ».

ex.16(2DP)

- 1A : allô Oui ?
- 2B : pépé ?
- 3A : oui
- 4B : c'est moi
- 5A : oui
- 6B : comment tu vas ?
- 7A : ben, ça s'maintient
- 8B : comment elle va la bronchite ?

Cet état de la relation peut aussi être mobilisé lors des séquences de pré-clôture (25). C'est notamment dans ces séquences que les participants dressent le bilan de leur rencontre et/ou font des arrangements pour une prochaine rencontre. Le rappel de ce dont il s'est agi pendant la visite, *e.g.* résumé sous la forme d'encouragements, signale la possibilité que l'interaction présente tire à sa fin, ouvrant, ainsi, la voie d'une clôture. Enfin, la référence à une prochaine rencontre – dans le même tour où les encouragements ont lieu, ou dans le tour suivant – manifeste l'orientation de l'appelant et de l'appelé vers cette visite comme une visite dans une série.

ex.17(17EP)

- 1B : tiens bon pépé eh je t'embrasse hein je t'appellerai demain vers deux heures
- 2A : deux heures et demie va
- 3B : d'accord
- 4A : hein ?
- 5B : d'accord ok allez
- 6A : ciao
- 7B : ciao

(23) BUTTON, G., 1991.

(24) SACKS, H., *op. cit.*, Part IV, Lecture I.

(25) BUTTON, G., *op. cit.*

Nous avons ainsi affaire, sous l'apparence d'un éternel recommencement, à des épisodes individués qui s'inscrivent dans une série (la visite présente est liée à la précédente et annonce la prochaine). La relation de soutien apparaît donc comme une suite séquentiellement exécutée de visites, dans laquelle chacune d'elles, également séquentiellement organisée, crée un environnement propice à l'invocation de cette relation. Le tout qu'est la série de visites et les parties que sont les épisodes/appels s'élaborent mutuellement.

Considérons un exemple, extrait non pas d'un coup de fil passé par un « visiteur », mais par le malade. Dans cette conversation, celui-ci annonce la fin de son traitement. Dans la séquence de pré-clôture, non seulement il « remercie » ses visiteurs pour leur soutien (1B) mais il « formule », au sens ethnométhodologique du terme (26), la nature de toutes les visites téléphoniques depuis l'événement de sa maladie (13B).

ex.18(21PE)

- 1B : grâce à vous aussi vous m'avez encouragé
- 2A : oui
- 3B : parce que je tenais plus
- 4A : euh
- 5B : j'ai un peu la voix qui est cassée maintenant je lui ai dit
- 6A : oui ?
- 7B : il m'a dit ça c'est normal mais ça va revenir
- 8A : oui oui oui
- 9B : voilà
- 10A : bon ben tant mieux alors
- 11B : je voulais te le dire
- 12A : hhh ben c'est très bien
- 13B : vous m'avez téléphoné pour me donner du courage
- 14A : je suis bien content pour toi
- 15B : oui
- 16A : voilà
- 17B : on se verra
- 18 (0,5)
- 19B : pour les fêtes
- 20A : d'accord (.) allez je t'embrasse pépé allez
- 21B : ciao
- 22A : ciao

La séquentialité de la relation : implication réciproque dans la visite

La visite peut apparaître comme une entreprise unilatérale – *e.g.* effectuée au seul bénéfice du malade – ; il n'en reste pas moins que ce « quelque chose pour le malade » peut être transformé, au fil de la conversation, en « quelque chose pour nous » (27), *i.e.* les deux interactants. La succession thématique (lorsque la conversation est pluri-thématique) suit un ordre qui va du particulier au général. L'enchaînement thématique donne lieu à un élargissement progressif par rapport au thème initial. La prise de nouvelles concerne d'abord le malade, ensuite son interlocuteur et enfin d'autres membres de la famille. Cet élargissement est encore plus remarquable quand les interactants entament une discussion sur une question d'actualité. Il implique, dans tous les cas, des identités changeantes, la pertinence de celles-ci étant commandée par l'activité en cours.

L'identité « malade », occasionnée par la prise de nouvelles, peut s'effacer au cours de la visite au profit d'autres identités, momentanément plus pertinentes. Cette identité n'est pas omniprésente, ni constitutive de l'activité « visite ». Dans un échange de nouvelles, les identités discursives sont celles de celui qui prend des nouvelles et de celui qui donne de ses nouvelles. Elles sont générées par l'activité mais impliquent, dans et à travers son accomplissement, des identités extérieures à cette structure, lesquelles sont plus contingentes. Il convient, donc, de faire une distinction entre la distribution des places dans une structure d'activité et les identités externes occasionnées par l'effec-tuation de l'activité. L'appelé et l'appelant occupent, par exemple, tantôt la position de producteur de nouvelles, tantôt celle de

(26) GARFINKEL, H., & SACKS, H., 1970.

(27) SACKS, *op. cit.*, Part IV, Lecture 5.

destinataire de nouvelles, mais c'est la nature des nouvelles sollicitées, et/ou de celles effectivement produites, qui crée la pertinence des identités actualisées dans l'activité.

Ainsi, bien que le visiteur s'oriente initialement vers son visité en tant que malade, le déroulement thématique peut donner lieu à une modération de cette priorité : d'une part, le visiteur ne détient pas à lui seul le contrôle de l'enchaînement des activités ; d'autre part, l'initiation de nouveaux thèmes s'accompagne de l'actualisation d'identités définies hors du cadre de la maladie. L'appelé, par exemple, renonce à la pertinence de son identité de malade au moment où il sollicite des nouvelles de son interlocuteur. De même, lorsque l'un des participants demande des nouvelles à propos d'autres membres de la famille ou initie une discussion sur un thème de l'actualité, l'identité « malade » est reléguée à l'arrière-plan. Le malade n'évoque pas d'autres membres de la famille en tant que malade mais bien en tant que membre, lui-même, de la famille (28). Le relâchement de l'identité « malade » est encore plus prononcé dans les cas où l'identité « membre de la famille » est, à son tour, évincée. Les deux interactants n'apprécient pas les questions d'actualité en tant que membres d'une même cellule familiale mais en tant que membres ordinaires de la société.

Il s'ensuit que la relation des participants, elle aussi, change au fil de l'interaction. Elle devient de plus en plus symétrique, chacun pouvant contribuer de manière équivalente au développement de la conversation. Ceci procède, cependant, non pas tant des identités actualisées dans l'activité, que de l'organisation, elle-même, de l'activité visite. En effet, nous avons une structure de points de vue de l'appelant (et de l'appelé) comme suit :

- quelque chose pour toi (moi) ;
- quelque chose pour moi (toi) ;
- quelque chose pour nous.

La relation de soutien

La visite est à l'initiative de l'un des participants qui demande à l'autre de ses nouvelles. Le caractère reconnaissable de l'activité visite, nous l'avons vu, émerge d'un travail interactionnel conjoint réalisé pendant les séquences d'échange de nouvelles. Que ce soit l'appelé qui produise des nouvelles thématiques ou l'appelant qui propose un thème se rapportant au malade, ceci a pour effet de définir la structure de leurs interactions présentes et à venir ainsi que leurs places respectives dans cette structure : un visiteur, destinataire des nouvelles du malade, et un malade, « narrateur » de ses nouvelles. Ce travail d'identification s'effectue à partir de ce à quoi on peut s'attendre, typiquement, dans la situation qui se dessine : une visite auprès d'un malade.

Cependant, un thème, produit de préférence par le visité ou, à défaut, par le visiteur, demeure seulement possible, tout comme l'activité projetée, tant qu'il n'a pas été accepté : par le partenaire : chez le visité, par le développement du thème proposé par le visiteur et chez le visiteur, par la production d'un « thématiseur » qui incite le malade à poursuivre. Celui qui accepte le thème s'engage à participer à l'activité projetée. Par exemple, si le visiteur donne son accord au thème de l'état du malade, il s'engage à l'écouter, à manifester son empathie, sa compassion, sa sollicitude, à l'encourager, à s'efforcer de réduire son anxiété, à lui faire, éventuellement, des propositions d'aide et des recommandations, etc. Le malade, quant à lui, en acceptant un thème qui porte sur lui-même, s'engage à partager son expérience, à rendre compte de sa situation, à faire part, éventuellement, de ses difficultés, de ses problèmes, à tenir compte des propositions du visiteur, etc. (29) Ce sont là des comportements que les participants peuvent anticiper l'un chez l'autre en vertu de leur expérience, et de leur connaissance de sens commun de la structure normative de ce type d'activité.

(28) Il peut, selon les circonstances, maintenir son identité de malade lors de ce type de séquences. C'est notamment le cas lorsqu'il se plaint du silence d'un membre de la famille en particulier.

(29) Pour un développement complet de la question du lien entre structuration de l'activité et construction de la relation, voir : QUÉRE, 1987.

La réalisation de la visite ne va pas pour autant de soi. Elle exige un travail interactionnel important non seulement pour amorcer la visite, mais aussi pour la mener à bien. Les réponses au malade sont davantage que de simples automatismes. Dans certains cas, les nouvelles qu'il donne peuvent être « remaniées » par le visiteur afin qu'elles apparaissent sous un meilleur jour. Le visiteur et le malade peuvent mettre à l'épreuve leurs points de vue, lesquels sont validés ou altérés par leurs interventions successives. Les nouvelles du malade peuvent susciter, chez le visiteur, une démarche d'intervention, laquelle, à son tour, peut être refusée ou acceptée par le malade. Elles peuvent donner lieu à l'exposé d'un problème, ce qui incite à rechercher une solution mais prive le malade de son statut de « narrateur ». Bref, l'engagement préalable des participants ne rend pas compte, à lui seul, de la trame particulière de la visite. Ce sont aussi les modalités de l'implication du malade et du visiteur qui contribuent à singulariser chaque visite.

La visite ne s'accomplit pas seulement au moyen du format d'activité qu'est la prise de nouvelles. Bien que les séquences d'identification et de reconnaissance ne présagent pas de l'activité à venir, elles fournissent un premier cadrage à l'interaction : elles établissent qu'il s'agit bien d'une co-présence d'intimes. Par la suite, c'est aussi au moyen de connaissances communes, inhérentes à leur relation, que les participants animent leur visite. L'implication du format se fait à travers des ressources liées à leur relation ; dans ce processus, les participants réactivent et reproduisent leur relation dans les circonstances qui sont constitutives de, et constituées par, leur interaction présente.

L'extrait 19 permet d'examiner les entrelacs du format d'activité et de l'état de la relation pour ce qui est de l'accomplissement de la visite. Si les visites s'effectuent sur fond d'une familiarité (avec l'activité et entre les participants), chaque visite peut occasionner des circonstances différentes et c'est bien dans et à travers ces circonstances que les participants improvisent leur activité. Dans l'exemple ci-dessous, on observe une

succession d'échanges dans lesquels le visiteur demande de ses nouvelles au malade (4B), lui offre ses services (12B), l'encourage (20B), relance son enquête (20B) et fait une recommandation (28B). On assiste, donc, à deux prises de nouvelles, suivies de réponses au malade. Celles-ci sont façonnées à partir des nouvelles. C'est pourquoi elles sont différentes à chaque fois : elles sont inhérentes à ce que le visiteur peut faire à ce moment-là de l'interaction.

ex.19(14DP)

- 1A : allô oui ?
 2B : pépé c'est moi
 3A : ah ?
 4B : alors ? comment ça va ce soir ?
 5A : ah:: ça va
 6B : fatigué non ? Tu es allé tard ?
 7A : euh ?
 8B : tu es allé tard ce soir
 9A : et oui à six heures et demain
 10B : oh putain tu dois être cuit
 11A : mm
 12B : tu veux que je t'amène quelque chose ?
 13A : non (.) non rien
 14B : tu as besoin de rien ?
 15A : non non (.) ça va je vais manger demain
 (inaudible) je grignote un peu un yaourt le soir
 16B : oui
 17A : c'est tout
 18B : oui
 19A : j'ai pas faim
 20B : allez courage (.) putain:: tu as pas mal à la gorge
 21A : SI justement j'ai la gorge qui est un petit peu irritée
 22B : et la peau
 23A : non ça va c'est l'intérieur surtout
 24B : moins que les autres fois ?
 25A : oui mais enfin à l'extérieur j'ai du mal à avaler mais enfin
 26 (0,5)
 27A : ça va quoi il y a un peu (.) j'ai demandé aux femmes là-bas (elles m'ont dit) eh ben vous prenez des pastilles pour la gorge
 28B : pour adoucir un peu mange un peu du lait et du miel pépé

Dans la première séquence (4B - 11A), l'appelant s'enquiert de l'état du malade : cet état est davantage inféré par le premier que décrit par le second (6B et 10B). En effet, la neutralité des réponses du malade conduit le visiteur à proposer lui-même un thème possible : « fatigué non ? Tu es allé tard ? » (6B). Il substitue, donc, aux nouvelles neutres du malade, des propositions

de thématization. Le malade hésite à répondre (7A). Peut-être n'a-t-il pas entendu la question, mais aussi bien, peut-être cherche-t-il des mots pour répondre. On constate, en effet, que l'énoncé du visiteur ne comporte pas une question, mais deux, et que la première « contredit » la réponse précédente du malade. Quoi qu'il en soit, le visiteur, afin de réparer ce qui faisait problème, simplifie son tour précédent en réitérant seulement la deuxième question (8B). Celle-ci implique toujours, cependant, la première : le malade doit être fatigué en raison de l'heure tardive de sa séance de soins. Cette fois-ci le malade répond en précisant l'heure exacte de son rendez-vous. Le visiteur évalue ensuite l'état du malade sous la forme d'une exclamation (10B). Deux choses retiennent notre attention ici : la manière dont le visiteur anime le format de la prise de nouvelles et le travail qu'il accomplit par rapport à la relation de soutien.

Tout d'abord, on constate que les interventions successives du visiteur renvoient bien au format d'activité de la visite, mais que ce format, en lui-même, ne suffit pas pour amorcer la visite. Le visiteur se sert aussi de l'état de la relation entre lui et son interlocuteur. Il ne peut évaluer la situation du malade et faire référence à son emploi du temps qu'en raison de la connaissance qu'il a de son état de santé et des soins qu'il subit. Cette connaissance est mobilisée ici en tant que ressource. C'est en se mettant à la place du malade que le visiteur peut supposer qu'il est fatigué, nonobstant son « ah, ça va » initial, cette supposition étant renforcée par la précision apportée par le malade sur l'heure de son rendez-vous : du « *fatigué non ?* » (6B) il passe à « *oh putain tu dois être cuit* » (10B). Ce n'est pas tant en raison de l'heure tardive du rendez-vous que le visiteur peut produire une telle évaluation, qu'en raison des circonstances et de la nature du rendez-vous. Le visiteur sait que les séances de radiothérapie ont lieu du lundi au vendredi et sont, de surcroît,

éprouvantes du fait de leurs effets secondaires. Il le sait, non pas en raison d'une compétence médicale, mais parce qu'il entretient une relation suivie avec le malade. Enfin, s'il n'arrive pas à susciter de commentaires du malade sur son état, s'il doit inférer cet état, il parvient, au moins, à réactualiser la relation de soutien. Le thème qu'il soumet aux commentaires du malade (6B), ainsi que l'évaluation qu'il fait à sa place (10B), incarnent son empathie et sa compassion.

La confirmation par le malade de sa fatigue (11A) suscite une offre de service de la part du visiteur (12B). Celui-ci se met à la disposition du premier, inférant un éventuel besoin chez lui : *e.g.* en raison de sa fatigue et de son arrivée tardive chez lui, le malade n'a peut-être pas pu faire ses courses. Celui-ci, cependant, décline cette proposition (13A). Le visiteur élargit alors sa portée : de « *tu veux que je t'amène quelque chose ?* » (12B) il passe à « *tu as besoin de rien ?* » (14B). Le malade décline l'offre à nouveau, mais présente, cette fois-ci, une explication (15A et 19A). Le visiteur accepte son refus tout en embrayant sur autre chose (20B) : « *allez* » est une manière de marquer qu'il abandonne sa tentative pour être utile et « *courage* » une manière de reconforter. Les encouragements, à ce moment précis, compensent l'échec de l'offre de service. Si le visiteur s'est vu refuser son concours matériel, il peut, au moins, offrir un soutien moral au malade.

C'est dans ce même tour de parole que le visiteur relance son enquête auprès du malade, sans quoi la visite aurait pu être close (20B). A nouveau, cette enquête est conduite en prenant appui sur l'état de la relation : le thème proposé (20B) et les relances (22B et 24B) sont élaborés à partir de la connaissance que le visiteur a de l'état de santé du malade. Cette deuxième séquence de prise de nouvelles prend fin par une évaluation fataliste de la part du malade (27A), à laquelle le visiteur répond en faisant une recommandation (28B) (30).

(30) La discussion qui suit (non rapportée ici) porte sur la faisabilité du conseil du visiteur et la recherche d'une solution plus adaptée à l'état de santé du malade.

On voit bien dans cet exemple que l'implication du visiteur relève d'un processus prospectif-rétrospectif. En manifestant qu'il endosse le rôle de visiteur, il parvient tant bien que mal à initier la visite. Cependant, ce sont les réponses du malade qui lui fournissent un cadre pour réaliser la tâche qu'il poursuit, tâche qui informe, à son tour, ce cadre. En ce sens, les identités de visiteur et de malade ainsi que les activités menées à ce titre sont, de part en part, des produits occasionnés.

La relation de soutien émerge ainsi à l'entrecroisement des contributions successives des participants. Parfois, la visite ne va pas au-delà de la prise de nouvelles et des encouragements. D'autres fois, on assiste à un éventail d'activités supplémentaires mais qui se rapportent, elles aussi, à la relation de soutien. Le travail important que le visiteur fournit, dans certains cas, ainsi que l'intérêt qu'il manifeste pour l'état du malade, dénotent, d'emblée, sa préoccupation à l'égard de ce dernier. Selon le mécanisme de la réciprocité des perspectives, le visiteur vient à partager avec le malade son expérience de sa situation ; ce qu'il peut indiquer à travers ses expressions d'empathie et de compassion. Par là, il reconnaît non seulement la situation du malade mais il lui montre aussi qu'il l'accompagne *e.g.* « je suis avec toi ». C'est après avoir écouté le malade, qu'il s'efforce de le secourir, ou selon les mots de l'un des visiteurs, de « *le tirer de là* ».

La réciprocité malade/visiteur

D'un point de vue structurel, il n'y a pas de différence entre les séquences où le malade donne de ses nouvelles et celles où son interlocuteur donne des siennes. On constate seulement que les séquences consacrées au malade sont plus développées. En effet, la demande de nouvelles par le malade, présente dans la majorité des visites, est fréquemment traitée de manière rituelle. Et lorsque la réponse donne lieu à du « matériel » thématizable, nous avons

affaire à une distribution des identités discursives identique à celle des séquences consacrées au malade, à la différence qu'ici cette distribution est inverse. Tout comme dans les séquences sur l'état de santé du malade, l'appelant donne de ses nouvelles pour, ensuite, éventuellement, recevoir les conseils de son interlocuteur.

Cette parité est complète dans les séquences où la conversation ne porte plus sur les nouvelles de l'un et de l'autre des participants mais sur un tiers, un film, une question de l'actualité, etc. Ainsi, dans ces conversations, à première vue, effectuées au seul bénéfice du malade, il existe des opportunités d'équilibrage relationnel. Le malade demande, le plus souvent, des nouvelles de son « visiteur », ouvrant par là la voie d'une relation plus symétrique. D'une part, le renvoi du « ça va ? » par le malade instaure une réciprocité absente jusque-là ; d'autre part, même en cas de réponse neutre qui n'ouvre pas à un diagnostic, les interactants peuvent, sans difficulté, « passer à autre chose ». « A jour » de leurs nouvelles respectives (31), il appartient à l'un ou à l'autre, indifféremment, d'introduire un nouveau thème de conversation. De plus, la poursuite de la conversation autour d'une thématique dégagee de la relation de soutien et de l'échange de nouvelles a pour effet de « décharger » les participants de leurs engagements antérieurs. Ayant sollicité les nouvelles de son interlocuteur, le visiteur n'a plus à manifester sa sollicitude, son empathie, etc. et le malade, son intérêt pour ce qu'a fait son visiteur ou pour ce qui lui est arrivé.

Dans l'exemple suivant, la demande de nouvelles (11A) a pour effet d'opérer une transition entre les séquences consacrées au malade et les séquences portant sur « des choses et d'autres » : ici, un tremblement de terre. Le visiteur n'ayant « rien à signaler », le malade introduit un thème qui ne concerne directement aucun des participants. Sur un terrain neutre, ceux-ci peuvent, sans difficulté, poursuivre leur échange.

(31) Ceci n'implique pas obligatoirement la clôture définitive des séquences consacrées au malade. On observe, dans certains cas, que le malade reprend le compte rendu de son état de santé ultérieurement, soit à son initiative, soit à celle du visiteur.

ex.20(43EP)

- 1A : mais je suis .h (.) nettoyé
2B : ((rires))
3A : je suis nettoyé
4B : oui ?
5A : oui
6B : tu veux pas venir passer le week-end ici ?
7A : (0,2) non je reste ici (.) je me repose
8B : mm
9A : et euh: Dimanche, on vote Dimanche
10B : ah: c'est vrai (.) d'accord
11A : (0,2) et toi ça va ?
12B : .hhh oui (.) moi ça va
13A : bon
14B : tout va bien ici
15 : (0,2)
16B : il fait un peu froid c'est tout
17A : oui (.) ça s'est rafraîchi euh
18B : mm
→ 19A : il est tombé quelque chose=il y a eu le
tremblement de terre
20B : paraît-il
21A : oui oui on l'a senti ici
22B : moi non
23A : pas beaucoup mais la dame du quatrième
(.) ça bougeait drôlement chez elle (.) non
cinquième
24B : ah oui ?
(la discussion continue)

On constate, lors de ces visites, que le visiteur, invité à donner de ses nouvelles, n'évoque presque jamais des événements marquants de sa journée, *e.g.* qu'il a déjeuné avec un ami, qu'il a passé une très bonne soirée, etc. Ce genre d'information semble systématiquement retenu. Le plus souvent, le visiteur n'évoque des événements de sa biographie que sur la demande explicite du malade, *e.g.* « tu as bien couru ? ». Le visiteur semble ainsi faire preuve de discrétion envers le malade. Il peut éprouver une gêne à produire des nouvelles heureuses, lorsque les nouvelles de ce dernier sont consternantes. Ceci semble le cas dans l'exemple ci-dessus. L'état du malade est « au plus bas » (1A et 3A). Dans ces circonstances, la production de nouvelles heureuses par le visiteur peut sembler mal venue. On peut suggérer que c'est pour cela que les nouvelles du visiteur sont, le plus souvent, neutres. A travers sa retenue, le visiteur semble manifester son empathie vis-à-vis du malade, même dans les échanges où il est question de ses propres nouvelles. En ce sens,

(32) JEFFERSON, G. & LEE, J.R.E. *op. cit.*

l'amorce d'un thème extérieur à la biographie de l'un et de l'autre peut avoir l'effet d'une « soupape » : parler de « choses et d'autres » n'exige pas la même implication qu'auparavant.

Un malade-personne-ordinaire

L'occurrence d'activités de différentes sortes pendant ces visites, avec les identités qu'elles impliquent, nous conduit à spécifier l'identité du visité. Son identité de malade se trouve au premier plan au début de la conversation, mais peut s'effacer selon la trajectoire particulière de la visite. Elle ne remplace donc pas, tout simplement, d'autres identités : celles-ci ne sont jamais relâchées définitivement et peuvent être réactivées selon l'activité en cours. Si le malade œuvre à réintégrer son identité de personne ordinaire, il atteste aussi cette identité : il s'intéresse à son interlocuteur ; il échange, avec lui, ses commentaires sur des thèmes divers. Il manifeste également sa normalité lorsqu'il se préoccupe de ses obligations courantes. Par exemple, dans la perspective d'avoir à recevoir du monde chez lui, le malade s'inquiète de ne pas pouvoir remplir ses devoirs d'hôte :

ex.21(16DP)

- 1B : bon on viendra te dire un petit bonjour
demain
2A : oui
3B : ok ?
4A : oui
5B : tu veux qu'on t'amène quelque chose ?
6A : (.) non
7B : non bon
→ 8A : c'est que j'ai rien à boire
9B : qu'est-ce que tu voudrais ?
10A : pour TOI
11B : (.) ah c'est pas grave ça je m'en fous (.)
j'amènerai à boire

En somme, le malade n'est plus tout à fait une personne ordinaire tout en ayant néanmoins à assumer des devoirs liés à cette catégorie. Il ne cesse pas d'être une « personne parmi d'autres » et, à ce titre, soumise aux exigences de la communauté sous peine d'être abandonnée par les destinataires potentiels de ses problèmes (32). Cette attente de normalité, qui exige un

travail (33) et fait l'objet d'une co-orientation, peut être manifestée à des moments différents de la conversation. Si le visiteur la rappelle explicitement dans certaines circonstances – *e.g.* il peut mettre le malade en garde, à un moment de la conversation, contre une tendance éventuelle à l'abandon – le malade en vient à faire aussi, au fil des échanges, ce que « toute personne parmi d'autres » fait ordinairement.

Le retour aux identités initiales

Ce n'est que lors des séquences de pré-clôture (34) que les deux interactants retrouvent, éventuellement, leurs identités initiales de visiteur et de visité. Par exemple, le visiteur peut réaffirmer son « soutien » en évoquant une rencontre prochaine, et/ou en offrant des encouragements au malade. Ces encouragements, lorsqu'ils ont lieu dans les séquences de pré-clôture, font un travail particulier. Ils incitent le malade à venir à bout des problèmes évoqués et, par là, témoignent de la sollicitude du visiteur. On constate que ces séquences de pré-clôture donnent lieu aussi à des « dernières » recommandations au malade à travers lesquelles le visiteur lui manifeste, à nouveau, sa sollicitude : « mets ton jogging » ; « pépé, prends-toi un bon verre de vin et puis voilà » ; « essaie de manger pépé » ; « pépé, essaie de ne pas trop tousser si tu peux » ; « et prends mes ampoules pépé, n'oublie pas ». Le visité peut lui-même esquisser la clôture de la conversation en évoquant la perspective d'une amélioration prochaine de son état de santé afin de réduire l'inquiétude du visiteur manifestée pendant la visite. Les encouragements, la perspective d'une prochaine visite et les recommandations de « dernière minute » dans les séquences de pré-clôture révèlent le processus circulaire qui caractérise ces

visites. En quelque sorte, ces visites prennent fin là où elles ont commencé. Quel que soit celui qui initie une pré-clôture, les identités incarnées dans et à travers cette opération impliquent la relation appellant/soutien - appelé/malade. En réactivant cette relation à ce moment précis de leur interaction, les participants l'entérinent.

Les identités « malade » et « visiteur » émergent donc d'abord du travail interactionnel des participants dans les séquences d'ouverture, au terme desquelles ils parviennent à engager la visite. Par la suite, elles peuvent être relâchées ; mais elles sont réactivées dans les séquences de pré-clôture. La position séquentielle des activités pertinentes par rapport à ces identités contribue, donc, elle aussi, à rendre la rencontre analysable. Lorsque les identités « malade » et « visiteur » s'estompent au fil des échanges, leur réactivation, lors des séquences de pré-clôture, permet de préserver le caractère de visite de la rencontre.

Conclusion

La rencontre, en tant qu'épisode singulier d'interaction, définit, prospectivement, certaines activités. Chaque conversation comporte des séquences d'ouverture, de pré-clôture, et de clôture (35). L'emplacement du premier thème est également prévu (36). Ce « programme » est, en quelque sorte, mis au service des participants pour réaliser ce qu'ils ont à faire.

Le premier « allô » de l'appelé, lorsqu'il décroche son appareil, est suivi d'une séquence d'identification et de reconnaissance. Dans chacun des appels de notre corpus, l'appelant identifie d'emblée l'appelé. Bien que ce soit à travers cette séquence que les participants marquent le caractère familial et routinier de leur relation, ceci n'indique en rien la raison de

(33) SACKS, H., *op. cit.*, Part IV, Lecture I.

(34) Pour les exemples de séquences de pré-clôture, voir supra : « des visites-en-série ».

(35) Les rencontres dans la rue qui donnent lieu à une conversation, tout comme une visite à domicile, ne dérogent pas à ce format. Les ouvertures des appels téléphoniques sont seulement plus complexes dans la mesure où l'appelant et le répondant n'ont pas un accès visuel à leur correspondant.

(36) Ceci ne veut pas dire que le premier thème de la conversation a obligatoirement lieu dans la position prévue à cet effet.

l'appel. D'une certaine manière, nous l'avons vu, l'appelant initie son activité de visiteur en effectuant la dernière séquence de l'ouverture : un « ça va ? » adressé à l'appelé. Il propose ainsi un thème possible en rapport avec l'état du malade. Cette opération ne va pas de soi. L'appelant doit, dans certains cas, manifester à l'appelé qu'il s'attend à ce qu'il réponde littéralement. Cette modification du caractère rituel des échanges initiaux permet non seulement de traiter de l'état du malade, mais aussi d'engager la relation de soutien. En effet, la prise de nouvelles, comme format d'activité, s'apparie avec l'état de la relation entre les participants. Les nouvelles du malade datent de leur dernière rencontre et ce sont elles qui guident l'enquête du visiteur. En ce sens, la prise de nouvelles permet aux participants de combler l'intervalle de temps qui les sépare. Ils ne « sautent » pas d'une rencontre à une autre : tout au contraire, chaque visite se relie à la précédente.

Mais si les participants « se plongent » dans l'histoire du malade au début de la conversation, ils peuvent faire « surface » par la suite. La visite ne se réduit pas à la prise de nouvelles du malade, ni à la relation de soutien, du moins dans la majorité des cas. Le plus souvent, la deuxième paire d'échanges de nouvelles a bien lieu. Ceci a pour effet de dégager les participants de la relation de soutien et de réactiver l'identité ordinaire du malade. La complétude des deux paires, tout comme dans une conversation ordinaire, est un préliminaire à autre chose, mais seulement si les participants le décident.

La relation de soutien enveloppe le format de l'activité qu'est la prise de nouvelles tout en étant enveloppée par lui. Mais cette activité est elle-même emboîtée dans la structure globale de l'interaction. L'échange de nouvelles est une activité ordinaire prévue par le « programme »

général de la conversation, quel que soit le traitement effectif de cet échange. Et si, dans le cas des visites téléphoniques, la relation de soutien, la prise de nouvelles et le « programme » s'apparient dans un premier temps, la relation de soutien se disloque par la suite lors du « ça va ? » en retour du malade. Ce « ça va ? » fait partie des choses que font les intimes, de manière routinière, lorsqu'ils se trouvent en présence l'un de l'autre. Les échanges « comment ça va ? » leur permettent, aussi, de « déblayer le terrain », de s'assurer qu'il n'y a pas quelque chose que l'un d'entre eux devait savoir avant de passer à autre chose. C'est bien ce qui se passe aussi dans ces visites téléphoniques ; leur différence est que la prise de nouvelles constitue la raison de l'appel. Et bien que la relation de soutien puisse être relâchée au bénéfice d'autres activités, elle réapparaît, lors des séquences de pré-clôture, c'est-à-dire en tant que produit final de l'interaction présente. Ainsi, c'est par intervalles que la relation de soutien s'entrelace dans ce programme, tantôt comme ressource, tantôt comme activité, tantôt comme produit.

L'examen de nos observations préliminaires nous a conduits à porter notre attention tantôt sur un aspect des visites, tantôt sur un autre ; mais il faut considérer ces visites, également, en tant qu'épisodes individuels situés dans le temps, ce qui permet de saisir l'implication forte des participants dans cette relation téléphonique. Ces conversations doivent aussi être examinées par rapport à d'autres : visites auprès d'autres interlocuteurs malades, visites entre intimes, appels qui donnent lieu également à une activité de type visite. En effet, la co-présence d'intimes semble impliquer, d'elle-même, cette activité et, à chaque fois qu'il est question d'un problème pour l'un d'entre eux, une relation de soutien.

Annexe : Conventions de Transcription

Les notations employées dans cet article sont empruntées à une série de conventions élaborées par Gail Jefferson (37). Les symboles saisissent les indications verbales, ainsi que les détails prosodiques des énoncés.

1. Le chevauchement de paroles :	B : oui Comment { A : tu es toute seule
2. Le signe égal indique la continuité des propos ou des mots (pas d'interruption ou de silence) :	B : Comment tu= A : =c'est Estelle
3. Un chiffre entre parenthèses indique, au dixième de seconde, un laps de temps :	A : (0,5) ah
4. Un point entre parenthèses marque une micro-pause de moins d'un dixième de seconde :	A : ah (.) bonsoir
5. L'allongement de la syllabe ou du phonème qui précède est indiqué par :: :	B : pépé::
6. Les majuscules indiquent l'accentuation :	A : AH ENCORE
7. La lettre h indique une inspiration ou une expiration : un point devant le .h pour une inspiration et pas de point pour une expiration (plus il y a de h, plus longue est la respiration) :	A : ah mon Dieu .hh ça va A : hhh ben c'est très bien
8. Les éléments entre doubles parenthèses caractérisent des événements non pleinement transcrits :	A : ((toussotement))
9. Un mot mis entre parenthèses indique l'incertitude quant à la transcription :	A : (je vais voir)
10. Le locuteur parle très doucement :	A : °oui°

(37) Cette convention est une version simplifiée de celle que l'on trouve aux pp. IX-XVI d' ATKINSON, J.M. et HERITAGE, J. (eds.), 1984.

RÉFÉRENCES

- ATKINSON, J.M. & HERITAGE, J. (eds.) (1984), *Structures of Social Action : Studies in Conversational Analysis*, Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- BUTTON, G. (1991), « Conversation-in-a-series », in Boden, D. & Zimmerman, D.H. (eds.), *Talk and Social Structure*, Cambridge : Polity Press, pp. 251-277.
- BUTTON, G. & CASEY, N. (1984), « Generating topic : The use of topic initial elicitors », in Atkinson, J.M. & HERITAGE, J.C. (eds.), *Structures of Social Action : Studies in Conversation Analysis*, Cambridge, UK : Cambridge University Press, pp. 167-190.
- GARFINKEL, H. & SACKS, H. (1970), « On formal structures of practical actions », in McKinney, J.C. & Tiryakian, E.A. (eds.), *Theoretical sociology : Perspectives and developments*, New York, NY, Appleton-Century-Crofts, pp. 337-366.
- JEFFERSON, G. (1985), « On the Interactional Unpacking of a "Gloss" », in *Language in Society*, Vol. 14, pp. 435-466.
- (1988), « On the sequential organization of troubles talk in ordinary conversation », in *Social Problems*, 35(4), pp. 418-422.
- JEFFERSON, G. & LEE, J.R.E. (1981), « The rejection of advice : Managing the problematic convergence of a "troubles-telling" and a "service encounter" », in *Journal of Pragmatics*, 5(5), pp. 399-422.
- POMERANTZ, A. (1984), « Agreeing and Disagreeing with assessments : some features of preferred/dispreferred turn shapes », in Atkinson, J.M., & Heritage, J. (eds.), *Structure of Social Action : Studies in Conversation Analysis*, Cambridge, u.k. : Cambridge University Press, pp. 57-101.
- QUÉRÉ, L. (1987), « Construction de la relation et coordination de l'action dans la conversation », in Conein, B., De Fornel, M., Quéré, L. (sous la direction), *Les formes de la conversation*, vol. 2, Paris, CNET, pp. 253-288.
- SACKS, H. (1973), « Tout le monde doit mentir », *Communications*, 20, pp. 182-203.
- (1992), *Lectures on Conversation*, vol. II, – Part III, Lecture I ; Part IV, Lectures 1 & 5, – Cambridge : Blackwell.
- (1987), « On the preference for agreement and contiguity in sequences in conversation », in Button, G. & Lee, J.R.E. (eds.), *Talk and Social Organization*, Clevedon, UK, Multilingual Matters, pp. 54-69.
- SCHEGLOFF, E.A. (1968), « Sequencing in Conversational Openings », *American Anthropologist*, 70, pp. 1075-1095.
- (1979), « Identification and Recognition in Telephone Conversation Openings », in Psathas, G. (ed.), *Everyday Language. Studies in Ethnomethodology*, New York : Irvington Publishers, pp. 23-78.
- SCHEGLOFF, E.A. & SACKS, H. (1974), « Opening up Closings », in Turner, R. (ed.), *Ethnomethodology*, Harmondsworth : Penguin Books, pp. 233-264.
- WATSON, D.R. (1990), « Some Features of the Elicitation of Confessions in Murder Interrogations », in Psathas, G. (ed.), *Interaction Competence*, Washington : International Institute for Ethnomethodology & Conversation Analysis and University Press of America, pp. 263-295.