

Mais qu'est-ce qu'une « relation stable » ?

Pascal Singy

Service de psychiatrie de liaison CHUV-Lausanne

0. INTRODUCTION

C'est en 1980 qu'ont été recensés les premiers cas d'infection par le virus responsable du syndrome auquel on a, dans un premier temps, réservé le funeste¹ acronyme GRID (Gay Related Immune Deficiency Syndrome). En dépit des efforts déployés depuis lors, que ce soit pour la mise au point d'un vaccin ou pour celle d'une thérapie curative, force est de constater que la prévention demeure encore aujourd'hui l'unique moyen pour enrayer la propagation de ce que les francophones appellent communément le Sida (syndrome d'immuno-déficience acquise).

Dans le contexte suisse, les médecins — de par leur mission — comptent parmi les acteurs sociaux les mieux placés pour assurer auprès des populations une action préventive efficace, autrement dit, une action dont on attend qu'elle transmette des informations univoques tant sur les risques de contamination par le VIH (virus d'immuno-déficience humaine) que sur les moyens de s'en protéger².

¹ Les répercussions négatives d'une telle appellation sont multiples. Ainsi, et pour ne parler que de cela, une représentation sociale, plus ou moins largement partagée, veut encore que le Sida ne frappe que les gays, autrement dit - en français - les homosexuels mâles. Sur ce point, cf. Duncan, 1994.

² Les spécialistes de la question reconnaissent deux modes de transmission du VIH : la voie sexuelle et la voie sanguine.

D'ailleurs, conscients du rôle qui leur incombe dans ce domaine, les médecins suisses affirment, à une large majorité, intégrer dans leur pratique une activité de prévention du Sida³.

Compte tenu des réalités observées, telle celle par exemple qui veut qu'en Suisse on déplore encore chaque jour au moins trois nouveaux cas d'infection⁴, de nombreuses études ont été mises en route en vue de mesurer la portée et les limites des diverses formes que peut revêtir la prévention du Sida. À cet égard, s'agissant d'évaluer les facteurs susceptibles de nuire à une bonne prévention du Sida au sein du cabinet médical⁵, on ne relève pour ainsi dire aucune étude centrée sur une donnée de première importance : l'essentiel des actes médico-préventifs se réalisent dans les limites d'une langue donnée qui, par nature, présente une certaine « variation dans la structure »⁶ qui la fonde.

Une des manifestations du caractère variable des structures linguistiques réside dans le fait qu'elles offrent une certaine hétérogénéité sémantique. En effet coexistent en leur sein des éléments qui, au plan de la signification, entraînent la dissension entre sujets parlants et des éléments qui suscitent, à l'inverse, leur consensus. À cet égard, il suffit de rappeler ici les travaux de Labov⁷ ou ceux de l'école de Lausanne⁸ qui tendent à montrer qu'en raison des distances sociales qui les séparent, les membres d'une même communauté linguistique peuvent associer à certaines unités lexicales, même données hors contexte, des significations différentes, voire antagonistes⁹, tout en s'accordant sur la signification associée à d'autres unités.

³ Cf. Meystre-Agustoni et Hausser, 1991.

⁴ Cf. *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique*, Berne, 3, 1997.

⁵ Parmi les facteurs limitatifs mis en évidence, on note une formation pré et post graduée insuffisante chez le médecin, la propre anxiété du médecin face aux risques personnels, réels ou supposés, qu'il encourt, et une inclination chez certains praticiens à la stigmatisation de comportements telles la pratique homosexuelle ou la prise de drogue par injection.

⁶ Cf. Mahmoudian, 1980 : 28.

⁷ Cf. Labov, 1976 : 184-186 et 1973 : 340-373.

⁸ Cf., entre autres, Mahmoudian, 1989, Bossel, 1986, ou encore Singy et Oberle, 1987.

⁹ Sur ce point cf. Bourdieu, 1982.

1. UNE ENQUÊTE EN COURS

Convaincue que la « polysémie sociale »¹⁰ des signes linguistiques peut agir sur la portée des discours de prévention du Sida, une équipe de chercheurs en médecine psycho-sociale et en sociolinguistique travaillant au sein du SPL¹¹ tente actuellement de conduire une enquête. Financée par l'Office fédéral de la santé publique¹², celle-ci se caractérise par les critères suivants :

1/ elle se focalise sur certains aspects communicationnels liés à la seule prévention dite primaire au cabinet médical, autrement dit, à une prévention opérée auprès du tout venant d'une consultation médicale;

2/ elle ne concerne pas l'ensemble de la population médicale installée en cabinet privé, mais la partie d'entre elle formée par les médecins dits de premier recours : généralistes (avec ou sans titre de docteur en médecine) et internistes sans sous-spécialité fonctionnant comme généralistes;

3/ elle a pour terrain d'enquête la Suisse romande.

Dans le cadre de cette recherche, encore en cours, les efforts d'investigation ont été orientés dans deux directions. On a procédé tout d'abord à l'analyse d'une série d'entretiens cliniques, filmés avec l'accord des patients et centrés sur le thème du Sida et de sa prévention. Compte tenu de la nature de l'objectif principal assigné à cette première phase de la recherche, l'attention a surtout porté sur le matériel verbal et paraverbal (intonation, pause, débit, etc.). Dans les faits, il s'agissait principalement d'obtenir des indications en vue de pouvoir conduire — seconde direction de recherche — une enquête touchant au domaine des représentations développées par les médecins de premier recours de Suisse romande à propos des pratiques discursives mises en œuvre dans leurs consultations abordant le problème du Sida. S'appuyant sur les réponses à un questionnaire autoadministré et retourné par 620 médecins — soit

¹⁰ Cf. Bakhtine, 1977.

¹¹ Le SPL (Service de psychiatrie de liaison), dirigé par le Pr. Patrice Guex, constitue un des services établis dans le Centre hospitalier universitaire vaudois.

¹² Il s'agit de la requête n° 957212 et intitulée : «Portée et limite du discours médical en matière de prévention du sida : la prise en compte du caractère variable de la langue».

environ la moitié de la population ciblée¹³ —, cette enquête avait plusieurs objectifs¹⁴. L'un d'entre eux consistait à déterminer dans quelle mesure les médecins, pour s'assurer de la pleine efficacité de leur message préventif, déclarent recourir à certaines des stratégies discursives que permet cette caractéristique du langage articulé qui veut qu'à une « même » réalité extra-linguistique on peut faire correspondre des signes — ou combinaisons de signes — linguistiques différents. C'est précisément sur les résultats en rapport avec l'une de ces stratégies que l'on va s'arrêter ici.

2. LE CONTRÔLE DU PARTAGE DE L'IMPLICITE

L'analyse des entretiens cliniques mentionnés plus haut n'a pas seulement permis de montrer leur caractère clairement asymétrique. Si, en effet, cette analyse rend compte d'un certain nombre de marqueurs caractéristiques d'une relation verticale — tel, par exemple, le fait, déjà bien documenté¹⁵, que les interventions initiatrices sont presque exclusivement le monopole du soignant —, elle fournit bien d'autres informations. Parmi ces dernières, on peut mentionner un recours massif à l'implicite linguistique dont on n'est pas certain que le décryptage, lequel est assuré grâce à la mobilisation de certains implicites culturels¹⁶, soit toujours opéré dans le sens attendu.

¹³ Selon les statistiques de la Société suisse de médecine (FMH), on dénombre actuellement quelque 1300 médecins de premier recours installés en Suisse romande.

¹⁴ Parmi les autres objectifs, on peut mentionner celui où il s'agissait d'évaluer dans quelle mesure les médecins ont conscience que leurs messages préventifs ont pour support une structure linguistique relative. Ainsi, à titre d'exemple, on leur a demandé une appréciation quant à l'incidence de la forme de leurs questions (construction interrogative/interro-négative, présence/absence de la particule retardante «est-ce que») sur la fiabilité des réponses livrées par les patients.

¹⁵ Cf., par exemple, West, 1984.

¹⁶ Les implicites culturels ou *topoi* (Cf. Ducrot, 1972) constituent tous ces savoirs sur les choses dont disposent les sujets parlants et qui leur permettent, par exemple, de décoder les sous-entendus. Sur ce point, cf. Kerbrat-Orecchioni, 1993.

À cet égard, examinons le contenu de cet échange soignant/patient :

soignant : « vous avez une relation stable ? »

patient : « oui. »

Compte tenu de la situation présente (une consultation visant à l'établissement d'un bilan sérologique en matière de Sida), une interprétation différée¹⁷ du sens attaché à cette paire adjacente autorise à voir dans l'intervention initiative du soignant la demande *implicite* ayant pour but de déterminer si son patient entretient durablement des liens avec quelqu'un, liens fondés, entre autres choses, sur des rapports sexuels exclusifs. Or, au vu des possibles distances sociales qui séparent le patient du soignant, on ne peut pas être sûr que le premier partage les implicites culturels probablement convoqués ici par le soignant, implicites culturels parmi lesquels a de bonnes chances de figurer celui appelant à comprendre toute « relation stable » en termes d'exclusivité sexuelle dès lors qu'une telle relation est évoquée dans le cadre précis d'une recherche épidémiologique sur les risques de contamination par le virus du Sida¹⁸. C'est ainsi que, loin de retenir pour sa propre définition d'une « relation stable » l'ensemble sémantique évoqué à l'instant, le patient peut, au contraire, considérer parfaitement assimilable avec les traits définitoires d'une « relation stable » le fait d'avoir, en dehors de ceux qui le rapprochent régulièrement d'un être privilégié, des rapports sexuels avec des partenaires occasionnel(le)s. Dans ce contexte, on est fondé à penser que le contenu sémantique de l'intervention réactive du patient qui consulte ici — un bref acquiescement — ne garantit nullement au soignant d'avoir obtenu, à coup sûr, l'information qu'il recherchait.

Souvent posée dans les entretiens que nous avons examinés, cette question de la « relation stable » a retenu notre attention dans la partie de l'étude centrée sur les stratégies que les médecins disent développer pour tenter de s'assurer de la pleine efficacité de leur

¹⁷ Comme le montre Boutet, 1994, l'interprétation par le linguiste du sens d'une interaction est une activité différée dans le temps, puisqu'il prend pour objet d'analyse un élément préalablement construit.

¹⁸ C'est d'ailleurs ce que tendent à confirmer les résultats d'un petit sondage, certes pas représentatif, mené auprès de quelques soignants.

message préventif. Touchant à la stratégie que l'on appellera ici, pour faire court, le contrôle du partage de l'implicite, elle a été à la source d'une triple interrogation : les médecins la posent-ils ? Le cas échéant, quel sens lui accordent-ils et, enfin, dans quelle mesure s'assurent-ils qu'ils en partagent le sens avec leurs patients ?

2.1. LA FRÉQUENCE D'EMPLOI

Issus d'une analyse des réponses au questionnaire mentionné plus haut, les résultats contenus dans notre premier tableau viennent, en quelque sorte, confirmer l'observation faite au moment de la première phase de la recherche.

Tableau 1

Q. : « Lors d'un entretien en lien avec le Sida et sa prévention, dans quelle mesure posez-vous à votre patient une question formulée avec ces termes : "Est-ce que vous avez une relation stable ?" ? »

N = 620	fr. abs	%
systématiquement	301	48.5
souvent	190	30.6
quelquefois	91	14.7
jamais	32	5.2
s. réponse	6	1.0

On le voit, la question « *Est-ce que vous avez une relation stable ?* » apparaît comme une des questions classiques formulées lors d'une consultation abordant le problème du Sida. En effet, quand on les interroge sur ce point, près de la moitié des praticiens (48,5%) répondent poser *systématiquement* cette question précise à leurs patients, alors que, dans le même temps, plus de trois médecins sur dix (30,6%) affirment qu'ils sont *souvent* amenés à la formuler. En fait, on ne trouve pas plus de 5% des membres du collectif pour qui cette question de la « relation stable » se révèle être absente de la liste des demandes qu'ils adressent à leurs patients.

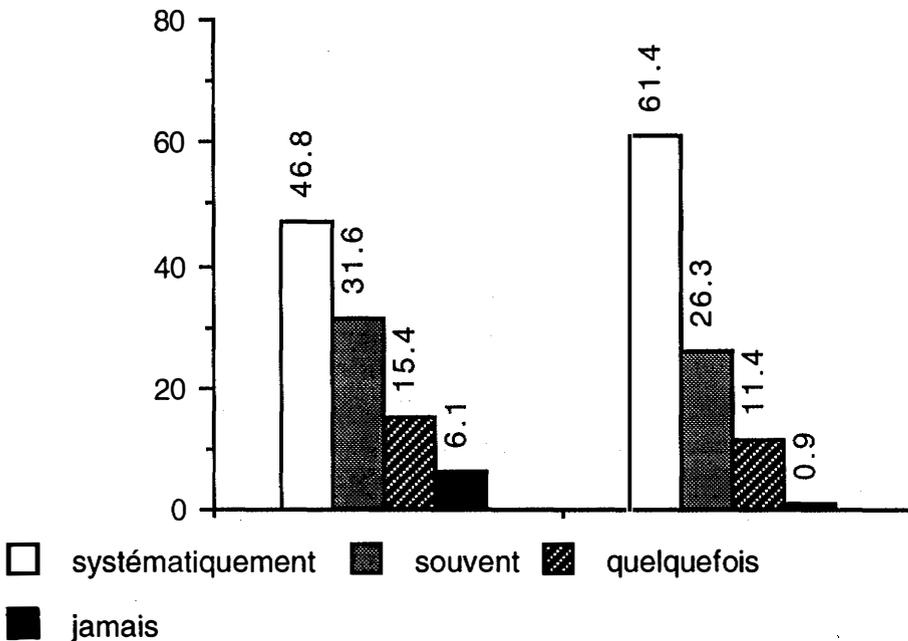
Toujours en termes de fréquence d'emploi, il est à noter une certaine disparité entre les sexes. En effet, les femmes médecins apparaissent, au total, davantage portées que leurs homologues

masculins à poser à leurs patients cette question de la « relation stable ». Ainsi, comme le laisse apparaître le diagramme ci-dessous, près de 62% des femmes affirment la formuler de façon systématique, ce qui constitue un score de près de 15 points supérieur à celui établi pour les hommes. À noter également que près de 7% des hommes composant le collectif déclarent ne jamais y recourir, alors que le nombre de femmes qui répondent dans ce sens n'atteint pas le pourcent.

Graphique 1

Recours déclaré à la question de la « relation stable »¹⁹

Distribution selon le sexe



2.2. LE SENS ATTRIBUÉ

On l'a dit, la question « Est-ce que vous avez une relation stable ? » n'est pas, selon toutes hypothèses, interprétable de manière univoque

¹⁹ Le collectif comprend 114 femmes et 506 hommes.

dans le contexte qui nous intéresse ici. C'est aussi la raison pour laquelle les membres du collectif ont été interrogés sur le sens qu'eux-mêmes lui attribuaient. Ainsi, concrètement, avaient-ils à répondre à une question fermée et libellée dans ces termes :

— « Si en effet, lors d'un entretien en lien avec le Sida et sa prévention, vous êtes amené(e) à demander explicitement à un patient s'il a une relation stable, cela implique-t-il pour vous que cette relation soit fondée sur des rapports sexuels exclusifs ? »

Les réponses à cette question fermée se distribuent de la façon suivante :

Tableau 2

	fr. abs	%
oui	355	57.3
non	245	39.5
sans réponse	20	3.2

Comme on le voit, tous les membres de l'échantillon n'associent pas un sens identique à la question « Est-ce que vous avez une relation stable ? ». Certes, il y a une tendance majoritaire. En effet, près de six médecins sur dix (57,3%) déclarent qu'en demandant à un patient s'il a une relation stable ils cherchent, en fait, à savoir si celui-ci entretient durablement une relation affective avec un/une partenaire fondée sur des rapports sexuels exclusifs. Il reste, cependant, que pour près de 40% des répondants parler ici de « relation stable » n'équivaut nullement à parler d'une relation stable en termes d'exclusivité sexuelle.

Donnant à voir une population partagée, de tels résultats rendent largement compte de la dualité de sens que nous avons postulée à propos de la notion de « relation stable ». Par parenthèse, ces résultats invitent également à réfléchir sur les facteurs susceptibles d'expliquer le partage des répondants. À cet égard, et sans qu'il soit possible de la développer dans le cadre de cette contribution, on peut signaler ceci : ventilés en fonction du lieu de pratique, les résultats présentent une intéressante variabilité [$p = .043$]. En effet, les médecins installés dans les centres urbains sont moins enclins à déclarer qu'ils entendent par « relation stable » une relation fondée sur des rapports sexuels exclusifs. Ainsi, moins de

54% d'entre eux répondent dans ce sens, ce qui représente un score inférieur, respectivement, de 10 et 16 points à ceux observés pour les enquêtés installés dans de petites localités ou en zone agricole ou de montagne.

2.3 LE CONTRÔLE DU PARTAGE DU SENS

C'est au travers d'une troisième question que nous avons tenté d'évaluer dans quelle mesure les membres de notre collectif disent vérifier, quand ils sont amenés à demander à leurs patients s'ils entretiennent une « relation stable », que ces derniers comprennent en des termes identiques aux leurs le contenu attaché à cette notion de « relation stable ».

Résumés à l'aide du tableau ci-dessous, les résultats liés à cette question ne révèlent pas, loin de là, un collectif systématiquement porté au contrôle du partage du contenu sémantique que véhicule l'élément observé ici. Si l'on se concentre tout d'abord sur les praticiens qui ne comprennent pas une « relation stable » en termes d'exclusivité sexuelle, on note qu'un peu plus de la moitié d'entre eux affirment (54,7%) toujours faire la vérification du partage du sens avec leurs patients, tandis qu'ils sont près de 40% à répondre opérer ce type de contrôle de manière non systématique.

S'agissant des praticiens pour lesquels parler d'une « relation stable » suppose que celle-ci soit fondée sur des rapports sexuels exclusifs, on relève que moins de la moitié d'entre eux (46,5%) déclarent toujours contrôler que leurs patients comprennent l'expression « relation stable » dans le sens qu'eux-mêmes lui attribuent. Par ailleurs, il s'avère que pour 43,7% de ces mêmes praticiens un tel contrôle fait, selon eux, partie de leur pratique sans être pour autant systématique. En revanche, on doit relever que près de 10% des praticiens observés ici répondent ne jamais vérifier que leur définition d'une « relation stable » correspond à celle retenue par leurs patients.

Tableau 3

Q. : « Dans quelle mesure vous assurez-vous que votre définition d'une relation stable est bien la même que celle de votre patient? »

filtre		fr. abs	%
« relation stable » ≠ exclusivité sexuelle (N=245, cf. tab. 2)	toujours	134	54.7
	pas toujours	97	39.6
	jamais	9	3.7
	s. réponse	5	2.0
« relation stable » = exclusivité sexuelle (N=355, cf. tab. 2)	toujours	165	46.5
	pas toujours	155	43.7
	jamais	34	9.6
	s. réponse	1	0.3

3. EN GUISE DE COMMENTAIRE

Chacun comprendra qu'il est difficile d'en terminer avec les résultats présentés dans ces pages autrement qu'en formulant un commentaire à valeur, en quelque sorte, de recommandation pour qui de droit. Faut-il le préciser, ce commentaire que l'on voudrait incitatif n'a pas d'autre but que de concourir, modestement, à une meilleure prévention du Sida.

Tout porte à croire que cette notion de « relation stable » divise également la population générale, comme elle divise le corps médical. Aussi, compte tenu de la nature des enjeux, les médecins pour lesquels parler d'une « relation stable » équivaut à parler d'une relation fondée sur des rapports sexuels exclusifs sont-ils spécialement invités à la prudence. C'est ainsi qu'appelés à évaluer les prises de risque chez un patient par rapport au Sida devraient-ils ne jamais tabler sur un partage des implicites culturels qui les amènent à comprendre une relation stable en termes d'exclusivité sexuelle. Quitte à donner l'impression d'être à la recherche d'informations redondantes, ces médecins auraient au contraire intérêt à toujours s'assurer, par un biais ou par un autre, que le sens qu'ils accordent à l'expression « relation stable » correspond au plus près au

sens que, pour leur part, lui attribuent leurs patients, quand on sait comment se transmet le Sida.

En guise de conclusion, on voudrait dire que les résultats concernant cette question de la « relation stable » se rattachent à une étude plus vaste dont la portée n'est pas seulement d'ordre pratique²⁰. Certes, cette étude a pour visée première de contribuer à la prévention de cette « tragédie sanitaire »²¹ que demeure, pour l'heure, le Sida. Mais, en se focalisant, par exemple, sur des régions encore non explorées de l'imaginaire linguistique²² développé par une partie des médecins romands, elle prétend aussi expliquer certains aspects de l'interaction entre médecins et patients.

© Pascal Singy

²⁰ Cf. Singy et Guex, à paraître.

²¹ Cf. Guillebaud, 1998.

²² Cf. Houdebine, 1982.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BAKHTINE, M. (1977) : *Le marxisme et la philosophie du langage*, Paris : Minuit.
- BOSEL, Ph. (1986) : *Étude sur la structure du signifié appréhendée à travers quelques unités lexicales du français délimitées dans le cadre du champ notionnel des âges de la vie humaine*, Mémoire de licence, Uni. Lausanne.
- BOURDIEU, P. (1982) : *Ce que parler veut dire*, Paris : Fayard.
- BOUTET, J. (1994) : *Construire le sens*, Berne : Peter Lang.
- DUCROT, O. (1972) : *Dire et ne pas dire*, Paris : Hermann.
- DUNCAN, D. (1994) : «AIDS to Narration: Writing Beyond Gender», in S. Ledger, J. McDonagh & J. Spencer (eds), *Political Gender*, New-York : Harvester Wheatsheaf, p. 156-169.
- GUILLEBAUD, J.-C. (1998) : *La tyrannie du plaisir*, Paris : Seuil.
- HOUDEBINE, A.-M. (1982) : «Norme, imaginaire linguistique et phonologie du français contemporain», *Le français moderne*, 1, p. 42-51.
- KERBRAT-ORECCHIONI, C (1993) : «Implicite», in L. Sfez (dir.), *Dictionnaire de la communication*, Paris : PUF, vol. 1, p. 251-253.
- LABOV, W. (1973) : «The boundaries of words and their meanings», in C.-J. N. Bailey and R. W. Shuy (eds), *New Ways of Analyzing Variation in English*, Washington : Georgetown University Press.
- (1976) : *Sociolinguistique*, Paris : Minuit.
- MAHMOUDIAN, M. (1980) : «Constance et variation», *La linguistique*, vol. 16, fasc. 1, p. 5-49.
- (1989) : «Unité et diversité de la signification », *La linguistique*, vol. 25, fasc. 1, p. 115-132.
- MEYSTRE-AGUSTONI, G., HAUSSER, D. (1991) : «Les médecins praticiens face à la prévention du SIDA», *Cahiers de recherche et de documentation, IUMSP*, n° 52.11.
- SINGY, P., GUÉX, P. (à paraître) : *Le Sida : les mots pour en parler*.

- SINGY, P. OBERLE, G. (1987) : « Enquêtes sémantiques : grammaire versus lexique », *Bulletin de la Section de Linguistique de la Faculté des Lettres de Lausanne*, n° 8.
- WEST, C. (1984) : *Routine Complications. Troubles with Talk between Doctors and Patients*, Bloomington : Indiana University Press.