

## VARIABILITÉ LINGUISTIQUE ET PRÉVENTION DU SIDA

**Pascal Singy et Patrice Guex**

*Division Autonome de Médecine Psychosociale,  
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois,  
CH-1004 Lausanne.*

**Résumé :** La prévention constitue encore aujourd'hui l'unique moyen pour enrayer la propagation de l'infection par le VIH. Or tout acte préventif suppose la mise en oeuvre de pratiques discursives qui trouvent leurs fondements dans les limites d'une langue donnée, par définition soumise à variation. Dans ce contexte, une équipe pluridisciplinaire conduit une recherche visant à évaluer dans quelle mesure les médecins de Suisse romande ont conscience que le langage constitue un facteur susceptible de limiter la portée de leur discours préventif s'agissant du sida. Seront présentés ici quelques résultats liés à la première phase de la recherche.

**Mots-clés :** prévention, sida, médecins, représentations, langage, variabilité, portée, limites.

### 1. LIMINAIRES

Pour l'heure, l'absence de vaccins et de thérapeutiques curatives fait de la prévention le seul moyen à disposition pour enrayer la propagation de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH), virus responsable de ce que l'on appelle communément aujourd'hui le sida. Cependant, les grandes campagnes médiatiques de sensibilisation, aussi indispensables qu'elles soient, ne suffisent pas à elles seules pour assurer une prévention dont on attend qu'elle transmette au plus grand nombre des informations univoques tant sur les risques de contamination que sur les moyens de s'en protéger. Ainsi, en dépit des efforts déployés, force est de constater que le discours préventif destiné à la population suisse est loin d'avoir atteint ses visées. Pour preuve, les résultats d'une enquête (Villaret, 1990) qui montrent qu'encore après plusieurs années de campagnes préventives officielles, plus de 41% des enquêtés issus d'un échantillon représentatif de la population suisse tombent d'accord pour dire que « séropositif » et « malade du sida » signifient la même chose.

Dans ce contexte, la collaboration d'un certain nombre d'acteurs sociaux est à l'évidence plus que nécessaire. Compte tenu de leur fonction, de leur statut et de leur mission, les médecins sont, à cet égard, sans doute parmi les mieux placés pour diffuser, auprès de leur patients, un discours préventif efficace s'agissant du problème du sida. Plusieurs enquêtes ont d'ailleurs révélé qu'en Suisse (Meystre-Agostoni et Haussler, 1991), comme dans d'autres pays (Shapiro 1989; Anderson and Mayon-White., 1988), les médecins ont pleinement conscience du rôle qui leur incombe en la matière.

## 2. FACTEURS LIMITATIFS DU DISCOURS MÉDICO-PRÉVENTIF

La portée et les limites du discours préventif autour de la question du sida ont fait l'objet de nombreuses études. Pour ce qui concerne les limites de celui proféré au cabinet médical, l'examen des résultats des principales recherches y relatives révèle l'existence d'un certain nombre de facteurs susceptibles de nuire à une bonne prévention. Parmi les facteurs les mieux documentés, on note essentiellement:

- une formation pré et post-graduée du corps médical insuffisante dans le domaine du sida (Carretta *et al.*, 1990; King, 1989),
- la propre anxiété du médecin face aux risques personnels - réels ou supposés - qu'il encourt devant des patients contaminés (Sadovsky, 1989),
- une inclination chez certains praticiens à la stigmatisation de comportements telles la pratique homosexuelle ou la prise de drogue par injection (Pollak et Schiltz, 1987).
- certaines craintes éprouvées par des patients, comme par exemple la peur du rejet, la peur de la non-confidentialité, une difficulté à parler de ses choix sexuels (Pollak, 1988).

### 2.1 Variabilité linguistique et discours médico-préventif

L'essentiel des actes de prévention dans le domaine du sida suppose la mise en oeuvre de pratiques discursives qui trouvent leurs fondements dans les limites d'un idiome donné. Cependant, les langues naturelles ne sauraient être considérées comme des systèmes formels. Quantités de recherches ont en effet montré que ces dernières, loin d'être des entités unifiées, devaient être conçues comme des structures relatives.

Constituant un des caractères généraux du langage, cette relativité structurelle est à mettre, bien évidemment, en rapport avec le constat maintes fois vérifié que chaque communauté linguistique se révèle socialement composite et, par là même, traversée par toutes sortes de variantes sociales et régionales. En conséquence, un tel état de fait rend utopique, par exemple, une conception de l'échange verbal fondée sur l'existence d'une totale homogénéité sémantique des unités lexicales et d'une adhésion commune de l'ensemble des sujets parlants à leur sens (Coulon, 1987). A cet égard, plusieurs enquêtes ont clairement montré que les membres d'une même communauté linguistique tendent à associer à une unité lexicale donnée des significations différentes (Labov, 1976), voire antagonistes (Bourdieu, 1982), selon qu'ils appartiennent à telle ou telle fraction de cette communauté. Dans le même temps il est vrai, d'autres enquêtes ont tout aussi clairement montré — et en cela confirmé le caractère relatif des structures linguistiques — la convergence des opinions qu'établit la signification de certaines unités linguistiques (Mahmoudian, 1989).

C'est aussi consciente des conséquences que peut engendrer cette variabilité inhérente au langage articulé dans le domaine de la prévention du sida qu'une équipe co-disciplinaire, formée de chercheurs issus de la médecine psychosociale et de la sociolinguistique, tente de conduire actuellement une recherche en Suisse romande.

### 3. UNE ENQUÊTE EN COURS

Financée par l'Office Fédéral de la Santé Publique et menée auprès de médecins de premiers recours (généralistes et internistes sans sous-spécialité) installés en Suisse romande, cette recherche vise à évaluer, entre autres choses, dans quelle mesure la population médicale a conscience que le langage articulé, variable par nature, peut constituer un facteur susceptible de contrecarrer la portée de son discours en matière de prévention du sida. Elle vise également à mettre en évidence les stratégies que disent ou non développer les praticiens pour s'assurer que le sens de leur message préventif corresponde au plus près à celui reçu par leurs patients.

Retourné par plus de 620 praticiens, le questionnaire utilisé pour la production de nos données a nécessité, pour son élaboration définitive, une préenquête faisant appel à l'observation directe. Les quelques résultats commentés ci-après sont précisément à mettre en rapport avec cette préenquête.

#### 3.1. Premiers résultats

Ont ainsi été soumis à l'analyse une quinzaine d'entretiens cliniques centrés sur le thème de la prévention du sida. Convaincus que le colloque singulier se fonde sur une communication multicanale (Cosnier, 1993), nous avons porté notre attention sur le matériel non-verbal, paraverbal, et verbal.

L'analyse des résultats ne se borne pas à livrer certains éléments aptes à rendre compte du caractère à l'évidence asymétrique des entretiens en question. En effet, si ces résultats permettent de dégager une série de marqueurs définitoires d'une relation verticale — tel le fait que les interventions initiatives sont presque exclusivement le monopole d'un des interlocuteurs —, ils fournissent un certain nombre d'autres données directement en lien, celles-ci, avec la problématique de l'étude.

*3.1.1. Le recours à l'implicite.* C'est ainsi qu'on relève tout d'abord un recours massif à l'implicite qui laisse planer un doute quant à la portée de certains discours médico-préventifs. Concrètement, par exemple, les protagonistes de ces divers entretiens cliniques parlent de « relation stable », de « relation fixe » ou encore de « relation classique », sans qu'on soit jamais sûr — aucun soignant observé ne s'est avisé de s'en assurer — que chacun associe à ces éléments linguistiques une même définition ou plus justement, compte tenu du contexte en question, que chacun partage les contenus implicite et explicite qu'ont toutes chances de véhiculer de tels éléments. Ainsi, par exemple, si tout indique que l'emploi de l'expression « relation classique » par un des soignants observés implique pour celui-ci qu'il s'agit d'une relation sexuelle matérialisée au travers d'une pénétration vaginale, on est loin d'être certain que son patient définisse dans des termes identiques l'expression en question.

En outre, on observe également qu'un certain nombre de soignants, en s'appuyant sans réserve sur l'apport du contexte, formulent des questions au contenu fortement implicite, et se tiennent quitte de la très (trop) brève réponse livrée par le patient. A ce titre, on donnera deux exemples. Le premier est un échange limité à une paire adjacente entre une soignante et un

patient mâle. La très brève intervention réactive du patient constitue une réponse à l'intervention initiative formulée par la soignante, laquelle veut savoir ici si le patient entretient des relations extra-conjugales de nature hétérosexuelle :

- a/ soignante : « avez-vous de petites relations...? »  
 patient : « non »

Le deuxième exemple, encore peut-être plus édifiant, réside cette fois-ci dans un échange entre un soignant mâle et un patient mâle. La aussi, l'intervention initiative du soignant vise à déterminer si le patient est amené à avoir des relations extra-conjugales de nature hétérosexuelle :

- soignant : « vous est-il arrivé de sortir avec des copains et puis hop...? »  
 patient : « non »

*3.1.2. Les mots pour en parler.* Parallèlement à ce recours à l'implicite, explicable en termes de *Face Threatening Act* (Brown & Levinson, 1987), on relève également des entretiens une absence presque totale d'éléments lexicaux référant à l'univers de la sexualité, et ce malgré que l'essentiel de la prévention soit d'informer sur les risques de contamination par voie sexuelle. Ce constat peut être mis en rapport avec une observation de Marina Yaguello (1978) qui rapporte le cas d'une gynécologue française qui en plus de 30 ans de pratique avoue n'avoir jamais prononcé le terme « vagin ».

En outre, l'analyse des entretiens révèle également une utilisation par certains praticiens de termes qui ne semblent pas toujours issus d'un registre compris par le patient, ce dont témoignent les réponses ou les silences qu'ils suscitent de la part des patients. On pense particulièrement ici à des termes ou expressions tels « multipartenariat », « bilan sérologique », « installer le préservatif dans le couple », etc.

*3.1.3. Le libellé des questions.* Pour sa part, une mise en perspective des résultats de l'analyse des matériels verbal et para-verbal met en évidence un point important quant à l'incidence de la diversité des pratiques linguistiques sur la portée du discours médico-préventif. Ce point concerne le libellé de certaines questions posées lors des entretiens cliniques examinés ici, questions dont la forme n'apparaît pas sans conséquence sur la fiabilité des réponses. C'est ici sur la forme interro-négative de certains demandes qu'on voudrait attirer l'attention. Dans chaque entretien, le soignant procède à une investigation épidémiologique. Sont donc posées un certain nombre de questions telles les deux suivantes :

- a/ soignant 1 : « Vous ne vous injectez pas de drogue ? »  
 patient 1 : « non »  
 b/ soignant 2 : « Vous n'avez pas eu de relations avec des partenaires HIV positif ? »  
 patient 2 : « non »

Sans s'appesantir sur la courbe intonative de ces questions qui, dans le présent contexte, ne présente pas à la finale le caractère ascendant qu'on attend généralement en français d'une question et qui, de ce fait, tend à leur conférer un statut d'affirmation qu'il s'agit, pour le patient, de simplement confirmer, on ne peut pas ne pas s'interroger, au vu de leur contenu, sur leur aptitude à saisir l'information désirée. En effet, comment attendre de la part du patient qu'il réponde sans réserve à ce type de questions qui, au plan du contenu explicite, l'appelle à livrer des éléments qui sont loin d'être banals et qui, au plan du contenu implicite, peut lui donner à penser que l'auteur de la question, en la formulant à la négative, est par avance convaincu que de tels agissements ne sauraient concerner son interlocuteur.

On ne peut conclure avec ces résultats brièvement présentés sans placer le lecteur devant cette interrogation : comment se fait-il que généralement la seule question de nature épidémiologique posée dans ces entretiens cliniques qui ne soit pas formulée en termes interrogatifs vise à savoir si le patient a subi une fois ou l'autre une transfusion sanguine?

#### 4. CONCLUSION

Ainsi qu'en témoignent ces quelques résultats issus de la première phase de notre recherche, l'attention portée sur certains aspects du discours médico-préventif relatif à la question du sida et proféré dans le cadre du colloque singulier apparaît d'un double intérêt. : scientifique, d'une part, et pratique, d'autre part. L'intérêt scientifique tient dans le fait, entre autres choses, qu'une recherche comme la nôtre peut apporter, dans un contexte co-disciplinaire, certains éléments explicatifs en lien avec la problématique des interactions sociales. L'intérêt pratique réside, pour sa part, dans le fait que certains des dysfonctionnements potentiels, au plan discursif, qui pourraient être mis en lumière par le biais de cette recherche pourraient inciter les Autorités compétentes à mieux tenir compte dans la formation pré et post-graduée du corps médical de l'importance et de la complexité de la langue en tant qu'instrument de communication dans les interactions médecin/patient.

#### REFERENCES :

- Anderson, P. and R. Mayon-White (1988). General practitioners and management of infection with HIV. *British Medical Journal* **296**, pp. 535-537.
- Brown, P. and S. Levinson (1987). *Politeness*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Caretta, RA., TW. Mangione, PF. Marson, and SS. Darmono (1990). AIDS education practices among Massachusetts physicians. *Journal of Community Health* **15**, pp. 147-162.
- Cosnier, J. (1993). *Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins*. PUL, Lyon.
- Coulon, A. (1987). *L'ethnométhodologie*. PUF, Paris.
- King, MB. (1989). Psychological and social problems in HIV infection : interviews with general practitioners in London. *British Medical Journal* **299**, pp. 713-717.
- Labov, W. (1976). *Sociolinguistique*. Ed. de Minuit, Paris.
- Mahmoudian, M. (1989). Unité et diversité de la signification. *La linguistique* **25/2**, pp. 115-132.
- Meystre-Agustoni, G. et D. Haussler (1991). Les médecins praticiens face à la prévention du SIDA. *Cahiers de Recherches et de documentation, Institut Universitaire de Médecine sociale et Préventive* **52**.
- Pollak, M. (1988). La diffusion différentielle de l'épidémie de sida - Une approche sociologique ». *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales* **3**, pp. 243-262.
- Pollak, M. et MA. Schiltz (1987). Identité sociale et gestion d'un risque de santé - Les homosexuels face au SIDA. *Actes de la recherche en sciences sociales* **69**, pp. 77-102.
- Shapiro, JA. (1989). General practitioners' attitudes towards AIDS and their perceived information needs. *British Medical Journal* **298**, pp. 1563-1566.
- Villaret, M. (1990). *Connaissance, opinions et préoccupations de la population suisse et tessinoise vis-à-vis de l'épidémie de SIDA*. Dipartimento delle Opere Sociali, Bellinzona.
- Yaguello, M. (1978). *Les mots et les femmes*. Payot, Paris.