

Langue première et langue seconde dans l'activité médico-préventive : un éclairage

Pascal SINGY, Céline BOURQUIN, Orest WEBER,
Brikela SULSTAROVA, Patrice GUEX
Service de Psychiatrie de Liaison, DP-CHUV

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE COMPTE parmi les moyens mis en œuvre pour permettre aux migrants allophones d'accéder pleinement aux systèmes de soin dans un certain nombre de pays, essentiellement occidentaux. Cette approche qui veut que l'agent de santé s'exprime dans la langue première du « patient » migrant est précisément celle qu'a soutenue en Suisse l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) s'agissant de la prévention du VIH/sida auprès des migrants d'origine subsaharienne (OFSP, 2010a). Au travers des résultats d'une étude récente (Singy & Guex, 2008), la présente contribution vise au questionnement de certains des fondements de l'approche dite communautaire en regard du profil de ceux qu'elle vise à prévenir.

1. UNE PREVENTION CIBLÉE DU VIH/SIDA

Depuis plusieurs années maintenant, les données épidémiologiques font apparaître les migrants d'origine subsaharienne résidant en Suisse comme une population particulièrement vulnérable s'agissant du VIH. Ainsi, en 2008 un tiers environ des infections liées à des rapports hétérosexuels (345) les concerne (OFSP, 2010b), quand bien même ils ne représentent pas plus de 2.7% de la population globale (Efionayi-Mäder, 2009). Cette très forte incidence, qu'il faut mettre en relation avec la prévalence observée dans leurs pays d'origine, constitue un des éléments largement intégrés dans le Pro-

gramme National VIH et Sida (PNVS) 2004-2008 (OFSP, 2003) ; reconduit jusqu'à fin 2010.

Elaboré par l'OFSP et ses partenaires, ce programme reconnaît qu'en Suisse l'épidémie de VIH doit être endiguée par une prévention qui se focalise là où les risques sont concentrés, c'est-à-dire au sein des groupes à forte prévalence dits aussi groupes « cibles ». Pour le groupe cible issu de la migration subsaharienne, plusieurs champs d'activités de prévention spécifiques ont été définis dans le cadre d'un plan d'intervention (Zuppinger et al., 2000) qui s'inscrit par plusieurs aspects dans une logique communautaire. Ce plan – dont la réalisation incombe notamment au projet national Afrimedia – prévoit en effet des interventions de sensibilisation et d'information se déroulant principalement dans les lieux de rencontre formels (par exemple, les associations) ou informels (salons de coiffure, bars, etc.) des communautés subsahariennes, prises en charge par des agents de préventions issus du groupe cible qui recourent chaque fois qu'il est possible aux langues premières des migrants.

2. L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE DU VIH/SIDA QUESTIONNÉE

L'approche communautaire de la prévention du VIH auprès des migrants d'origine subsaharienne, telle qu'elle est entendue ici, présente a priori l'avantage de maintenir le caractère dyadique des échanges agent de santé/patient migrant. Cependant, elle autorise un certain questionnement, en particulier lorsque les migrants concernés ont le français à leur répertoire linguistique, ce qui est le cas pour une large part des subsahariens vivant en Suisse (Efionayi-Mäder, 2009).

Divers travaux, nos propres recherches et une enquête exploratoire permettent de formuler au moins trois questions, pointant autant de facteurs susceptibles de limiter la portée d'une prévention du VIH/sida de type communautaire, qui sont comprises en termes de

confidentialité (Cochand et al., 2003 ; Pollak, 1988), de *stigmatisation* (Lydié, 2007 ; Guex & Singy, 2003) et de *tabouisation* (Harris et al., 2003 ; Burck, 2004 ; Morsly, 1998 ; Weber et al., 2010).

On peut ainsi d'abord se demander si les migrants subsahariens ne sont pas susceptibles d'éprouver certaines craintes touchant à la confidentialité quand il s'agit de parler ouvertement devant des agents de prévention issus de leur communauté, et qui ne sont pas, au sens strict, tenus au secret de fonction. Par ailleurs, n'est-on pas fondé à penser que les migrants subsahariens peuvent se sentir stigmatisés ou disqualifiés en recevant une prévention (a) conçue explicitement pour eux et (b) prise en charge par des représentants extérieurs à la population locale, généralement non issus du domaine des soins ? Enfin, face à une prévention qui vise à privilégier systématiquement le recours aux langues premières, il convient de poser la question de savoir dans quelle mesure cette prévention ne se prive pas de certains avantages que pourrait apporter le français en termes de stratégies communicationnelles.

Ces questions à valeur heuristique – il ne s'agissait pas d'y répondre en termes absolus – à propos de l'approche communautaire, ont largement conditionné le design de l'étude au cœur de cette contribution. Menée au Département de psychiatrie du CHUV, elle visait, plus largement, à dégager les attentes d'un certain nombre de migrants d'origine subsaharienne dans le domaine de la communication préventive directe.

3. DESIGN DE L'ETUDE

De nature intensive ou qualitative, l'étude en question a été conçue dans l'esprit des recherches actives (de Ketele & Roegiers, 1999). Aussi un groupe d'accompagnement, formé d'experts et d'acteurs de terrain, a suivi l'intégralité du processus de recherche. Les représentations relatives à la problématique de recherche ont été investiguées au travers d'entretiens semi-dirigés. Le collectif soumis à l'étude comprenait 46 migrants subsahariens. Il a été construit de

manière à rendre compte en termes indicatifs de la diversité de la population subsaharienne francophone installée en Suisse romande. Comme l'indique le tableau 1 ci-dessous, cinq variables de contrôle ont été prises en compte.

Tableau 1. Echantillon

SEXE	Femmes	23	Hommes	23
ORIGINE	Guinée	7	Cameroun	6
	Congo-Kinshasa	7	Rwanda/Burundi	6
	Sénégal	6	Togo/Bénin	8
	Autres pays	6		
STATUT LEGAL	Naturalisés ou établis (permis C)			6
	Permis de travail ou d'étudiant (permis B)			21
	Requérants d'asile (permis N) et sans-papiers			19
FORMATION	Universitaire	11	Obligatoire	19
	Post-obligatoire	14	Illettré	2
RELIGION	Chrétiens	30	Musulmans	14
	Autre	2		

Transcrits, les discours produits par les enquêtés ont été soumis à une analyse de type thématique, d'une part, et formelle, d'autre part, laquelle s'est focalisée sur divers éléments discursifs comme les figures de style (par exemple, les métaphores) ou les termes et tournures privilégiés dans l'argumentation.

Ce travail d'analyse a été fait en accord avec le modèle théorique de l'imaginaire linguistique. Développé par Houdebine (2003), ce modèle propose une catégorisation des représentations linguistiques qui sont comprises comme des évaluations qui peuvent porter sur les usages ou sur les langues. Concrètement, ces évaluations insistent par exemple sur l'efficacité ou la justesse de tel ou tel usage linguistique ou sur des aspects esthétiques, identitaires ou affectifs mis en rapport avec ces usages.

4. AUTOUR DE LA STIGMATISATION

La première série de résultats présentés dans ces lignes concerne les effets potentiellement excluants et disqualifiants que laisse entrevoir une approche communautaire de la prévention du VIH/sida.

Dans leurs entretiens, plusieurs enquêtés ont critiqué cette approche de manière plus ou moins véhémente, ce avant même que le thème soit introduit par l'enquêteur. Ainsi, l'approche communautaire suscite la méfiance de certains d'entre eux, en ce sens qu'ils la perçoivent comme discriminante dans l'accès à la connaissance. C'est le point de vue de cet enquêté irrité à l'idée qu'il y ait rétention d'information à l'endroit des personnes d'origine africaine :

Je ne suis pas d'accord. Je ne serai jamais d'accord. Tout ce qu'on dit aux Suisses c'est ce qu'ils doivent nous dire aussi. C'est la même chose.

Quand ils sont mis en relation avec la conception du stigmatisme développée par Goffman (1963), les propos que formulent un certain nombre d'enquêtés au sujet d'une prévention communautaire du VIH/sida soit réfèrent clairement à l'existence d'un stigmatisme visible, soit dénoncent un *artefact* de stigmatisme invisible.

Pour ce qui est du stigmatisme visible, il apparaît qu'ils sont plusieurs à percevoir les stratégies communautaires de la prévention comme attirant un discrédit et une disqualification collectifs sur les migrants subsahariens en raison de leur couleur de peau. C'est le cas de ce Sénégalais lorsqu'il s'insurge contre cette association délétère entre sida et Afrique :

C'est aussi caricatural de faire une campagne exclusivement ciblée sur les Africains [...] Donc, c'est moi, finalement, le black, qui est vecteur du sida. Le sida vient d'Afrique [...] Je trouverais ça raciste.

S'agissant de l'artefact de stigmatisme invisible cette fois, c'est la crainte que l'on associe manque d'instruction, voire d'intelligence, et prévention réservée à des Africains qui conduit d'autres enquêtés à rejeter cette prévention, à l'instar de ce Béninois :

C'est de la même façon qu'on peut leur parler de ce problème, de ce fléau, je pense. C'est des gens qui sont aussi intelligents, qui comprennent, je pense.

Bien évidemment, tous les membres du collectif ne partagent pas ces points de vue. Interrogés au travers d'une question projective ces derniers apparaissent divisés quant au bien-fondé de l'approche communautaire de la prévention. Trois positions se dessinent : 13 enquêtés sur 46 se déclarent résolument opposés à cette approche, 20 y sont favorables et considèrent qu'il s'agit d'une très bonne initiative, alors que le solde du collectif adopte une position que l'on peut qualifier de pragmatique, dans la mesure où ils reconnaissent le potentiel stigmatisant de ce type de stratégie préventive, mais estiment qu'au vu des enjeux sanitaires, ses avantages doivent prévaloir sur ses inconvénients.

Il est une donnée ici que l'on ne peut pas passer sous silence. Celle-ci concerne le point de vue que défendent certaines des personnes favorables à l'approche communautaire et qui émerge, par exemple, des propos de cette femme sénégalaise :

Je pense que ce que j'attendrai d'un médiateur c'est qu'il me donne l'information mais je ne pense pas que je lui parle [...] Le médiateur il est là pour véhiculer l'information.

Au plan strictement sanitaire, le contenu de tels propos ne laisse pas d'inquiéter. En effet, il témoigne d'une conception en quelque sorte unidirectionnelle de la prévention du VIH/sida. Or, pareille conception porte en elle un effet limitatif possiblement très dommageable, attendu cette variabilité sémantique, maintes fois relevée (Labov, 1976 ; Bourdieu, 1982 ; Singy, 2004), qui bat en brèche l'idée selon laquelle les locuteurs d'une langue donnée témoignent d'une adhésion commune au sens de tous les mots qu'ils emploient (Coulon, 2002).

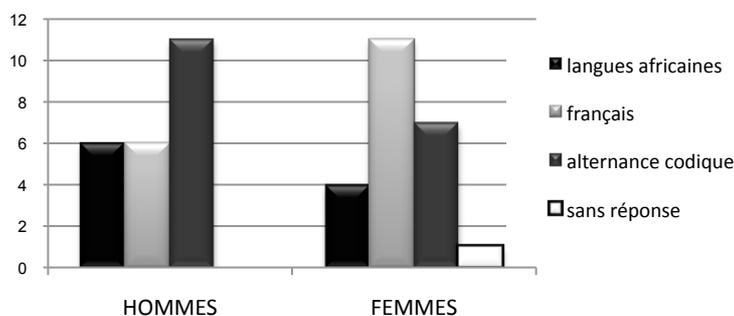
5. PREVENTION ET PLURILINGUISME

L'autre série de résultats développés pour illustrer notre questionnement de l'approche communautaire d'une prévention du VIH/sida en direction des migrants subsahariens francophones concerne cet avantage au bénéfice des seuls locuteurs plurilingues : pouvoir être « prévenu » dans l'une ou l'autre des langues qui forment leur répertoire linguistique.

Les réponses à la question de savoir dans quelle langue, les membres du collectif souhaiteraient voir se dérouler une prévention ciblée en direction de leur communauté apparaissent partagées : 18 enquêtés se prononcent pour un usage alterné des langues africaines et du français, un nombre presque équivalent pour le français exclusivement, alors que seule une dizaine opte pour les seules langues africaines.

Fait notable à relever ici, on note une dissension de genre importante. En effet, le segment féminin du collectif se porte deux fois plus sur le français que le segment masculin (voir figure 1).

Figure 1. Langues souhaitées pour la prévention, par sexe



L'analyse des raisons avancées par les enquêtés qui souhaiteraient voir une prévention ciblée conduite en français ou alors en français et en langues africaines porte au jour un élément argumentatif récurrent. Cet élément peut être mis en perspective avec ce qu'il est convenu d'appeler un effet de distanciation (Burck, 2004) ou

d'objectivation que permet, en l'occurrence, le français pour les migrants qui l'ont à leur répertoire linguistique. Pratiquement, le français, qui a été pour eux la langue de l'oppression, leur permet paradoxalement de se libérer du poids de certains tabous linguistiques, pour ainsi dire. Cet enquêté sénégalais ne semble pas dire autre chose quand il déclare qu'en prévention le français permet d'aborder plus directement des contenus qu'en wolof :

Parce qu'en wolof, le message n'est pas tellement direct. Il y a des contours. Si bien que le message que tu veux faire passer peut être détérioré, mal compris ou mal perçu, quoi. Alors qu'en français tu peux en parler directement [...] Il y a beaucoup de tabous.

Les tabous linguistiques liés au domaine de la sexualité, domaine au centre de la prévention du VIH/sida, ont été largement thématiques par plusieurs membres du collectif. Certains d'entre eux évoquent même les conséquences plus ou moins douloureuses de leur transgression, à l'instar de cette enquêtée du Burundi qui confie son incapacité à parler de sexualité dans sa langue première :

Moi, je sais que si je parle de sexe, je parle en français. Si c'est quelqu'un qui connaît ma langue maternelle, je ne peux pas oser dire mon sexe en kirundi, c'est la cata, c'est honteux, non, je ne peux pas.

Cet effet de distanciation du français est nettement plus souvent thématique au sein du segment féminin de notre échantillon, qui, on l'a vu en termes quantifiés, est davantage réservé à l'endroit d'une prévention communautaire faite en langues africaines. Tout indique que cet état de fait reflète une différence entre hommes et femmes africains devant la question des tabous linguistiques (Morsly, 1998). C'est en tout cas ce que pressent clairement cette femme du Burundi :

Je pense que les hommes parlent en kirundi et ils disent tous les mots sans problèmes [...] Les femmes ne peuvent pas parler de ça. Mais les hommes, ils peuvent même insulter, ils peuvent jurer par le sexe, les femmes jamais.

6. ET LA QUESTION DE LA CONFIDENTIALITE

Oui, c'est ça le problème, moi je peux parler mais je ne sais pas si lui, il peut garder ça pour lui. Ben, il peut raconter ça à quelqu'un d'autre, souvent les Africains c'est comme ça. Moi, je te dis quelque chose pour moi, oui, je garde pour moi et il voit l'autre et dit tu sais Marie m'a parlé de ça et après ça fait des histoires, maintenant ce n'est plus un secret et tout le monde va le savoir ce que Marie a dit à Robert ou André.

La question du respect de la confidentialité que soulève une approche communautaire de la prévention du VIH/sida constitue sans conteste une préoccupation pour la totalité ou presque des migrants interrogés dans le cadre de notre étude. Des nombreux résultats qui mériteraient d'être déclinés à propos de cette question, le plus topique d'entre eux peut s'inférer du verbatim livré en ouverture de cette section. Comme on peut le lire, ce verbatim reflète l'importance de se préserver de toute rumeur ou bruit au sein de sa propre communauté quand il s'agit de sa santé ou, plus généralement de sa sphère privée. C'est d'ailleurs ce qui conduit plusieurs enquêtés, dont l'auteur de ces propos, à rejeter une approche communautaire exercée par des médiateurs au profit d'une approche médicale plus classique assurée par des soignants tenus au secret professionnel.

7. CONCLUSION

Au plan sanitaire, les résultats présentés méritent attention. En effet, ils montrent que, sous certains aspects, l'approche communautaire de la prévention du VIH/sida paraît problématique aux yeux même de certains de ceux à qui elle est destinée. De fait, des réticences exprimées en termes d'exclusion et de stigmatisation, une certaine conception unidirectionnelle de la prévention, tout comme une nette dissension autour d'un recours systématique ou privilégié aux langues premières représentent des éléments qui questionnent. Et qui questionnent tant le mode relationnel, le profil et le statut de l'agent

de prévention que l'instrument servant à la transmission des messages préventifs. On ne manquera pas de relever que certains des aspects évoqués à l'instant, tel le mode relationnel et les enjeux compris en termes de profil ou de statut rejoignent les préoccupations attenantes à l'introduction dans les consultations avec des patients allophones d'un tiers traduisant et qui sont au centre de plusieurs des contributions rassemblées dans ce volume.

On terminera en insistant sur une des limites de l'étude évoquée dans ces pages. De nature intensive, elle ne permet effectivement pas d'aboutir à des constats à portée générale. Une étude quantifiée devrait donc être mise en route en vue de vérifier la validité de ces premiers constats au sein d'un échantillon large et représentatif de la population d'origine subsaharienne qui réside en Suisse romande.

©Pascal Singy, Céline Bourquin, Orest Weber,
Brikela Sulstarova, Patrice Guex (2010)

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BOURDIEU, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Paris : Fayard.
- BURCK, C. (2004). Living in several languages: implications for therapy. *Journal of Family Therapy*, 26(4), 314-339.
- COCHAND, P., SINGY, P., WEBER, O., DENNLER, G. (2003). Prise de risque VIH et discours médico-préventif : étude qualitative auprès de jeunes homosexuels en Suisse romande. *Médecine et Hygiène*, 2423, 305-309.
- COULON, A. (2002). *L'ethnométhodologie*. Paris : PUF.
- DE KETELE, M.-J. & ROEGIERS, X. (2002). *Méthodologie du recueil d'informations : fondements des méthodes d'observations, de questionnaires, d'interviews et d'études de documents*. Bruxelles : De Boeck Université.
- EFIONAYI-MÄDER, D. (2009). *L'Afrique en mouvement*. SSEA/UNIL/UNINE.
- GOFFMAN, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood, NJ: Prentice-Hall.
- GUEx, P. & SINGY, P. (éds). *Quand la médecine a besoin d'interprètes*. Genève : Médecine & Hygiène.
- HARRIS, C., AYCICEGI, A., GLEASON, J. (2003). Taboo words and reprimands elicit greater autonomic reactivity in a first language than in a second language. *Applied Psycholinguistics*, 24(4), 561-579.
- HOUEBINE, A.-M. (2003). *L'imaginaire linguistique*. Paris : L'Harmattan.
- LABOV, W. (1976). *Sociolinguistique*. Paris : Editions de Minuit.
- LYDIE, N. (2007). *Les populations africaines de l'Ile de France face au VIH/sida*. Paris: INPES.
- MORSLY, D. (1998). « Femmes algériennes et insécurité linguistique ». In P. Singy (éd) : *Les femmes et la langue*. Lausanne et Paris: Delachaux et Niestlé, p. 75-97.
- OFSP (2003). *Programme national VIH/sida 2004-2008*. Berne : OFSP.
- OFSP (2010a). http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05484/index.html?lang=fr
- OFSP (2010b). http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05749/05750/index.html?lang=fr
- POLLAK, M. (1988). La diffusion différentielle de l'épidémie de sida. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale*, 3, 243-262.
- SINGY, P. (2004). *Le sida au cabinet médical*. Genève : Médecine & Hygiène.
- SINGY, P. & GUEx, P. (éds) (2008). *Communication et médecine*. Limoges : Lambert-Lucas.

- WEBER, O., SULSTAROVA, B., SINGY, P., GUEX, P. (2010). « Contacts de langues et tabous sexuels: étude de l'imaginaire linguistique de personnes plurilingues d'origine subsaharienne vivant en Suisse romande ». In M. Iliescu, H. Siller-Runggaldier, P. Danler (éds) : *Actes du XXVe Congrès International de Linguistique et de Philologie Romanes*. Tübingen : Niemeyer, vol. 1, p. 451-460.
- ZUPPINGER, B., KOPP, C., WICKLER, H.-R. (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne : Institut d'Ethnologie/OFSP.