

Discours médical et jeunes hommes homosexuels: présentation d'une recherche en cours

Pascal SINGY, Pierre COCHAND, Gilles DENNLER & Orest WEBER

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Service de Psychiatrie de Liaison,
CH-1011 Lausanne CHUV

In der Westschweiz wie anderswo stösst eine grosse Zahl junger Männer, die ihre Homosexualität entdecken, auch heute noch auf erhebliche psychosoziale Schwierigkeiten. Im Umfeld dieser Bevölkerungsgruppe finden sich oft Behandelnde des Gesundheitswesens (Schul- und HausärztInnen, SchulpsychologInnen, usw.) die u. a. angesichts ihrer Schweigepflicht geeignet scheinen den Betroffenen tatkräftige Hilfe zu leisten. Ob sich die jungen Homoexuellen mit ihren Problemen an das Gesundheitssystem wenden, dürfte allerdings weitgehend durch das Bild bedingt sein, das sie sich von den Behandelnden machen. Eine entscheidende Rolle kommt in diesem Zusammenhang sicher auch der Fähigkeit zu, die sie sich und den Behandelnden zutrauen, sich befriedigend miteinander zu verständigen. Die Soziolinguistik veranlasst indessen zur Annahme, dass z. B. die sexuelle Ausrichtung und das Alter von den homosexuellen Jugendlichen als soziale Distanzen wahrgenommen werden, die sie von den Behandelnden trennen und von welchen sie vermuten, dass sich sich auf die Qualität der Kommunikation niederschlagen könnten. Eine Studie in der französischsprachigen Schweiz hat sich die Erforschung der Wahrnehmung des Gesundheitssystems durch die jungen homosexuellen Männer zum Ziel gesetzt.

Aux Etats-Unis, comme en France, des études ont montré qu'un grand nombre d'adolescents des deux sexes qui découvrent leur orientation homosexuelle connaissent des difficultés psychosociales généralement plus importantes que celles de leurs pairs hétérosexuels (De Monteflores & Schultz, 1978; Remafedi, Farrow & Deisher, 1991; Schilz, 1997). Il est légitime de penser que la situation des jeunes concernés par la question homosexuelle en Suisse romande ne diffère pas considérablement de celle de leurs homologues français ou américains. En attestent, par exemple, leurs taux particulièrement élevés de tentatives de suicide. S'agissant des garçons, on constate, de plus, une très inquiétante fréquence de comportements à risque en matière du virus d'immunodéficience humaine (VIH) (Cochand & Singy, 2001), raison justifiant la recherche recensée dans ces pages¹.

Présents dans l'entourage des jeunes homosexuels – en tant que médecin de famille ou infirmière scolaire par exemple –, les prestataires de soins, en charge de la santé physique et psychique de la population, sont liés par le

1 Nous ne nions bien entendu pas les difficultés que rencontrent les filles homosexuelles du même âge, difficultés qui mériteraient également une investigation plus approfondie.

secret médical. De ce fait, ils devraient selon toute hypothèse constituer des interlocuteurs privilégiés pour cette population aux prises avec le développement d'une identité dont on peut supposer qu'elle est stigmatisée au sein de l'entourage familial et social.

La probabilité d'une prise en charge effective dépend cependant de la qualité de la relation entre le soignant et le jeune homosexuel. De nombreuses recherches ont montré à cet égard qu'en pénétrant l'univers médical, l'individu entre dans un champ (Bourdieu, 1980) aux positions inégales (Massé, 1995). Cette inégalité des positions résulte du jeu de toute une série de distances sociales (Trudgill, 1982) séparant le soignant du patient, distances en règle générale à l'avantage du premier. Le jeune homosexuel peut percevoir son orientation sexuelle et son âge comme des distances entre lui-même et le prestataire de santé. On admettra aussi que la communication verbale, constitutive de la relation soignant/soigné, ne se déroule pas dans un vide social et qu'elle est tributaire de telles distances. De nombreuses recherches scientifiques montrent en effet que les langues n'existent pas, sinon sous la forme de variétés régionales et sociales dont la répartition est par exemple fonction de l'âge, de la situation socio-économique ou encore du genre des locuteurs (Martinet, 1945; Labov, 1976). Les distances sociales évoquées plus haut sont alors susceptibles d'être ressenties par le jeune homosexuel, pour ne parler que de lui, comme des facteurs limitant la communication, et partant, comme un obstacle à la qualité de la relation.

La présente contribution a un double objet. Le premier consiste à appréhender, sur la base de la recherche existante, les difficultés psychosociales des jeunes homosexuels, ainsi que leur situation face au système de soins. Au vu de la carence existante au plan de l'étude sociolinguistique de cette situation, une réflexion sur un cadre théorique adéquat pour une telle investigation s'imposera. Le second objet tient dans la présentation succincte d'une recherche pluridisciplinaire actuellement en cours, visant à saisir la perception du système de soins par les jeunes homosexuels de Suisse romande en accordant une attention particulière aux dimensions langagière et relationnelle.

Les difficultés psychosociales des homosexuels à l'adolescence

La recherche dans le domaine des jeunes homosexuels a connu un essor important en Amérique du Nord depuis la fin des années 80 et en Europe depuis les années 90. Auparavant, des études s'étaient déjà attachées aux

thèmes de l'homosexualité et de la bisexualité, mais encore peu au domaine spécifique des jeunes.

Le coming out, notion centrale de la recherche consacrée aux jeunes homosexuels, est conçue par De Monteflores & Schultz (1978) comme étant le processus développemental à travers lequel les homosexuels² reconnaissent leur préférence sexuelle et choisissent d'intégrer cette connaissance dans leur vie personnelle et sociale. Rotheram-Borus Fernandez (1995) constatent que le coming out est un processus difficile et stressant qui affecte les jeunes de manière significative. La gestion des facteurs de stress internes et externes qui y sont liés nécessite de fortes ressources personnelles et des stratégies de développement et de maintien de l'estime de soi. De nombreuses études, citées par les mêmes auteurs, mettent en lumière d'importants signes de détresse parmi les jeunes homosexuels, notamment une consommation d'alcool et de drogues anormalement élevée, ainsi qu'une prévalence de tentatives de suicide de l'ordre de 20% à 39%.

Remafedi, Farrow & Deisher (1991) se sont focalisés sur les causes supposées des tentatives de suicide de certains jeunes homosexuels. Celles-ci ont le plus souvent lieu chez des adolescents qui présentent une détresse psychologique, à un moment où ils n'ont pas révélé leur homosexualité à leur entourage, ou après avoir affronté un rejet en raison de celle-ci (Schneider & Farberow, 1989).

Schiltz (1997) remarque qu'à la contrainte habituelle de passer à l'âge adulte, s'ajoute pour les jeunes homosexuels celle de composer avec une orientation sexuelle minoritaire, et ceci dans un contexte épidémiologique où la prévalence du VIH reste très forte. Au milieu des années 90, et ceci malgré les efforts préventifs, entre 24% et 47% des jeunes homosexuels interrogés par diverses études occidentales reconnaissent avoir eu des rapports sexuels récents non protégés (De Wit, 1996). Il semble en outre que les pratiques sexuelles non protégées soient aujourd'hui en expansion, phénomène peut-être partiellement en lien avec l'apparition des trithérapies (Lert, 2000).

Le risque de contamination par le VIH semble avoir un lien avec la problématique particulière du coming out. Chez les jeunes homosexuels, les pratiques à risques sont notamment associées avec des difficultés de communication et

2 Cette notion de coming out s'applique aussi bien aux garçons qu'aux filles.

de négociation (Hays, Kegeles & Coates, 1990; Gold & Skinner, 1992). Jalbert (1998), dans une étude sur les jeunes homosexuels de Montréal, décrit le début de l'exploration de la sexualité comme une période de vulnérabilité importante vis-à-vis du risque de contamination par le VIH. En Suisse, l'étude la plus conséquente en matière d'homosexualité fait également état d'un risque élevé d'exposition à des pratiques non protégées dans la période de découverte de l'homosexualité à l'adolescence (Moreau-Gruet & Dubois-Arber, 1995).

L'amélioration de la gestion du risque en matière de VIH/sida chez les jeunes homosexuels semble donc passer par une réduction des niveaux d'anxiété, de dépression, ainsi que par une augmentation de l'estime de soi. L'évaluation d'un programme d'intervention destiné à la réduction des pratiques sexuelles à risque chez les jeunes homosexuels montre le succès d'une approche qui inclut le soutien d'une identité positive en tant qu'homosexuel (Rotheram-Borus *et al.*, 1995). Pour ces auteurs, une grande attention doit être portée à l'intervention psychosociale destinée aux jeunes homosexuels, dans un contexte où le développement de stratégies d'adaptation et d'accommodation est indispensable.

Une étude récente menée en Suisse romande (Cochand & Singy, 2001) a mis en évidence que près du quart des jeunes homosexuels interrogés disent avoir fait une tentative de suicide, que 10% de l'échantillon semble vivre avec difficulté son identité homosexuelle et que 17% a eu des pratiques à risque en matière de VIH. Par ailleurs, cette étude a révélé que les parents, dont on pourrait penser qu'ils sont le premier soutien de l'adolescent, sont en fait plutôt perçus comme les moins compréhensifs face à l'homosexualité de leurs enfants. Pour leur part, les professionnels de la santé sont perçus comme occupant une place intermédiaire entre celle de la famille et celle des amis hétérosexuels ou collègues de travail, ressentis comme étant les plus compréhensifs.

Le système de soins: un appui possible?

Au vu de l'ensemble des problèmes psychosociaux exposés à l'instant, on est fondé à penser que les jeunes homosexuels qui ne peuvent compter sur la compréhension de leur entourage familial, s'adressent entre autres au système de soins pour y trouver conseils et soutien. A ce propos, le rôle des prestataires de santé auprès des homosexuels a été étudié par Perrin (1998) qui met en évidence la fréquence du malaise des soignants face à leurs

jeunes patients homosexuels. En Suisse, l'étude de Moreau-Gruet & Dubois-Arber (1995) montre par ailleurs que les médecins sont moins au courant de l'orientation sexuelle de leurs jeunes patients homosexuels que de celle de leurs patients homosexuels de plus de 25 ans (42% contre 67%).

Le recours à un soignant, central dans une perspective de prévention VIH/sida et suicide, suppose que l'adolescent en quête d'aide ait une représentation du monde médical qui le laisse penser qu'il y trouvera l'aide recherchée. Cela implique premièrement que le jeune ne voie pas dans le soignant un représentant d'un «ordre moral» opposé à toute orientation sexuelle minoritaire (Godin, Naccache, Pelletier, 2000). A cet égard, plusieurs études (Matthews, 1986; Kelly, 1987; Harris, 1995) ont fait la démonstration que les médecins n'étaient en rien différents de la population générale quant aux a priori qu'ils peuvent avoir à l'endroit de l'homosexualité. Une étude qualitative (CIBA, 1980) de rédactions de jeunes de divers pays européens au sujet de leur consultations médicales indique de surcroît que de nombreux adolescents décrivaient les médecins comme autoritaires ou paternalistes.

Deuxièmement, les prestataires de soins devraient être perçus comme des garants de la confidentialité. Une étude américaine (Cheng, 1993) a montré qu'un quart des adolescents interrogés serait capable de ne pas consulter s'il y avait un risque que leur parents apprennent les motifs de la consultation. Plus inquiétant encore, cette même recherche met en évidence que seulement 30% des jeunes connaissent leur droit à la confidentialité en milieu médical. De surcroît, les analyses conversationnelles de consultations médicales effectuées par Shuy (1983) montrent que le thème de la «confidentialité» n'y est que très rarement abordé de façon explicite. Cet auteur explique cet état de fait par la dépendance du patient qui n'est pas, la plupart du temps, en position de demander des comptes sur ce qu'il adviendra des informations livrées au soignant.

Troisièmement, on peut supposer que le jeune s'adressera plus facilement au monde médical s'il suppose que la communication avec le soignant s'y déroulera de manière satisfaisante. C'est à cette question de l'échange verbal entre soignants et jeunes homosexuels, ainsi qu'aux représentations que ces derniers peuvent en avoir que s'attache la section suivante de cette contribution.

La dimension linguistique: comment appréhender un échange verbal asymétrique?

Certaines études sur l'interaction médecin/patient se sont intéressées au rôle limitatif que peut exercer le langage verbal dans la communication en milieu médical, et plus particulièrement dans la prévention sida (Peräkylä, 1995; Silverman, 1997; Epstein, 1998; Singy, à paraître). Le langage verbal – principal instrument de communication entre soignant et soigné – se présente toujours sous la forme de variétés sociales, dont la répartition est par exemple tributaire d'une question de génération. Il offre de plus une complexité telle que, tout en assurant la communication, il peut aussi l'entraver. Ces deux caractéristiques – variabilité et complexité – impliquent par exemple que certaines personnes, sans forcément s'en rendre compte, accordent des significations différentes à des termes identiques (Singy, 1999).

Pour illustrer ce phénomène, on prendra un exemple tiré d'une étude récente conduite en Suisse romande (Singy, à paraître). Cette étude montre qu'à l'intérieur même d'un groupe social aussi homogène que le corps médical, on note une dissension s'agissant du sens attaché à des syntagmes fréquemment utilisées dans la prévention sida. 57% des médecins, par exemple, définissent la «relation stable» comme sexuellement exclusive alors que 39% affirment qu'elle ne suppose pas des rapports sexuels exclusifs. On imagine dès lors les problèmes de compréhension que peut provoquer l'utilisation de ce syntagme avec des patients dont tout indique que leurs opinions ne concordent pas davantage à ce sujet.

On doit en outre admettre que, contrairement au corps médical interrogé par Singy, les utilisateurs du système de santé forment une communauté socialement beaucoup plus hétérogène. Si, avec des spécialistes issus aussi bien de l'anthropologie médicale (Massé, 1995), de la sociologie (Goffman, 1974; Bourdieu, 1987), de la psychologie (Heath, 1993) que de la linguistique (Gumperz, 1989, West & Frankel, 1991), on part du principe que les relations entre patient et soignant sont essentiellement asymétriques, on doit aussi admettre que cette asymétrie n'est pas la même pour toutes les relations soignant/soigné.

Dans ce contexte, les jeunes homosexuels méritent une attention particulière. En plus des identités discriminantes qu'ils partagent avec leurs homologues hétérosexuels – jeunesse, position socio-économique et niveau de formation généralement moins favorables que les soignants par exemple –, ils en présentent une supplémentaire, à savoir une identité «homosexuelle». Celle-ci

est susceptible de renforcer l'asymétrie de la relation avec le système de soins. D'un point de vue sociolinguistique (Labov, 1976; Trudgill, 1982), on peut supposer que cette distance sociale supplémentaire pèse sur la question du partage des systèmes sociolinguistiques et socioculturels. Un tel renforcement de l'asymétrie peut être préjudiciable à la qualité de la communication dans le contexte de la prévention VIH (Gebert, 1990-1993; Epstein, 1993-1998, Wenrich, 1997) et du suicide (Michel *et al.*, 1992).

A notre connaissance, la situation des jeunes homosexuels face aux soignants n'a encore guère fait l'objet d'une investigation de type sociolinguistique concevant l'orientation sexuelle en termes de distance sociale. Tout projet visant à combler cette lacune – et celui présenté dans cet article prétend y contribuer – soulève cependant un certain nombre de questions, à commencer par celle d'un cadre théorique à retenir. Etant admis – en raison du partage d'une même oppression par le machisme ambiant dans les sociétés occidentales – la proximité de la problématique avec celle qui occupe la sociolinguistique du genre, il peut être profitable de s'inspirer de celle-ci. Or, les récents recensements de ses résultats (Johnson, 1997; Singy, 1998) montrent les limites de deux approches majeures en la matière, à savoir les modèles de «dominance» et de «différence» (Cameron, 1995), de sorte qu'il ne semble profitable d'emprunter tels quels ni l'un ni l'autre de ces modèles explicatifs.

L'hypothèse de base du modèle de «dominance» admet que le comportement langagier de l'ensemble des femmes d'une société donnée porte les traces d'une domination sociale par l'ensemble des hommes, domination se reflétant par exemple dans une insécurité linguistique particulièrement prononcée (Lakoff, 1975). C'est là une thèse qui n'est pas sans rappeler celle des travaux fondateurs de la sociolinguistique variationniste (Labov, 1976). Des travaux plus récents relevant de cette même sociolinguistique (Singy, 1997) montrent cependant que la sensibilité particulière des femmes pour les variétés linguistiques de prestige ne se retrouve pas dans les contextes où ces femmes occupent des positions socio-économiques et socio-professionnelles équivalentes à celles de leurs maris. Ainsi, dans l'étude de Singy, les femmes des couples où les deux conjoints mènent de front une entreprise familiale ne semblent pas en proie à une insécurité linguistique plus marquée que celle de leur partenaire. Rapporté à la situation des homosexuels, ces résultats mettent en évidence l'importance de ne pas perdre de vue que l'orientation sexuelle ne représente toujours qu'un des traits constitutifs de l'identité sociale d'un sujet qui appartient simultanément à une classe générationnelle, socio-

économique, socio-spatiale, etc. Une investigation de l'orientation sexuelle en termes de distance sociale séparant les jeunes homosexuels de leurs soignants n'a par conséquent de sens que si l'on considère celle-ci dans le contexte des autres distances constitutives de la relation asymétrique qu'entretiennent ces deux groupes d'acteurs sociaux.

Quant à lui, le modèle de la «différence» envisage la communication entre les genres comme relevant de l'interculturalité. En raison de leur socialisation dans des mondes clos de filles et des garçons, les deux genres parleraient des langues largement irréductibles l'une à l'autre, ce qui engendrerait des problèmes d'intercompréhension de taille à l'âge adulte (Tannen, 1990). Ce modèle a fait l'objet d'une critique soulignant, entre autres, qu'une grande partie des interactions verbales du quotidien impliquent des représentants des deux genres. Or, ces interactions semblent malgré tout aboutir, preuve d'une certaine communauté de langage entre hommes et femmes. Ramenant le contenu de ces réflexions à la thématique de l'homosexualité, il n'y a pas de raison de retenir la pertinence d'un modèle qui représenterait les «homosexuels» et les «hétérosexuels» en termes de «cultures» disjointes, chacune d'elles se caractérisant par un parler différent. A cet égard, s'agissant du *setting* médical, la perspective de Del Vecchio-Good & Good (1982) semble plus porteuse. Elle présente la consultation comme une négociation entre «sub-cultures» médicales. Dans leur conception, enracinée dans l'anthropologie médicale, la différence majeure entre sub-cultures influant sur la consultation se situe dans l'opposition entre un point de vue «populaire» et un point de vue «professionnel» sur la santé et la maladie. D'autres appartenances à des sub-cultures minoritaires et stigmatisées – les immigrés vietnamiens, les homosexuels américains et les adolescents par exemple – peuvent de plus venir se greffer sur cette première opposition, compliquant encore davantage la prise en charge.

Ainsi conçu, ce dernier modèle culturel se rapproche sensiblement de celui des «distances sociales» puisqu'il se fonde en grande partie sur des différences intersubjectives de même nature. Nous accordons cependant notre préférence au second modèle, en ce que les rapports de domination entre les groupes sociaux y sont inscrits au cœur de son articulation, rapports de domination qu'un certain «relativisme culturel» risque d'occulter dans une terminologie fondée sur les notions de «cultures» et «sub-cultures». Aussi envisagerons-nous la distance relative à l'orientation sexuelle comme indissociable des autres distances sociales caractérisant la rencontre soignant / patient: l'expérience de la sociolinguistique du genre – on l'a dit – montre en

effet que les modèles réduisant le sujet à l'une de ses «identités», sexuée par exemple, semblent impropres à développer une valeur explicative satisfaisante pour la compréhension des enjeux sociolinguistiques des échanges verbaux impliquant des porteurs de ces identités.

Ceci étant admis, se pose la question de la définition de l'identité «homosexuelle». A ce sujet, plusieurs études montrent qu'un nombre considérable d'hommes se définissent comme homosexuels malgré des relations sexuelles récentes avec des femmes (Weatherburn & Davies, 1990) ou en l'absence totale d'expériences sexuelles avec des hommes (Cochand & Singy, 2001). Une définition de l'identité homosexuelle en termes de pratiques sexuelles est par conséquent difficile à justifier puisqu'elle s'inscrit en faux contre l'intuition d'une partie des sujets concernés. Ces derniers admettent manifestement l'existence d'autres critères pour considérer quelqu'un comme «homosexuel», «gay», «bisexuel» ou «pédé». En l'absence d'une définition généralement reconnue, tout travail portant sur les minorités sexuelles désignées par ces termes se doit d'établir en vertu de quoi les sujets étudiés se voient légitimés – ou contraints – de s'affilier aux groupes ainsi désignés. Située dans une perspective émique, pareille investigation peut par exemple passer par une analyse des dénominations que les jeunes utilisent dans leur discours lorsqu'ils réfèrent à «eux-mêmes» et aux «autres». C'est là l'approche que nous avons retenue pour notre recherche.

Dans le cadre de l'étude des représentations sur les identités et les altérités, nous admettrons en outre que celles-ci résultent d'une construction sociale. Ancrée dans une telle perspective, une étude récente (Cameron, 1997) retrace par exemple la construction discursive par des jeunes américains d'une «identité masculine hétérosexuelle» en opposition à une identité «gay». L'analyse révèle qu'aux yeux de ces jeunes, les «gays» évoqués ne sont pas définis comme tels en raison de leurs attirances ou de leurs pratiques sexuelles. Ce qui les caractérise, ce sont des détails physiques ou vestimentaires les rapprochant d'une image «féminine» et faisant d'eux – pour reprendre les termes d'un des jeunes hétérosexuels cités – «l'antithèse d'un homme». A partir de ces résultats, on est en droit d'imaginer que les propos tenus par les jeunes homosexuels romands feront émerger des images identitaires du même type qu'il s'agira de dégager du discours.

L'ensemble de ces enjeux sociolinguistiques, ainsi que les autres problèmes soulevés dans ce qui précède exigent une investigation approfondie. En effet,

l'absence d'un recours efficace au système de soins peut être particulièrement préjudiciable aux jeunes homosexuels en difficulté.

Profil de la recherche en cours

Une recherche romande en cours, financée par le Fonds National de la Recherche Scientifique³, vise précisément à rendre compte des représentations qu'ont les jeunes homosexuels des prestataires de santé et des échanges communicationnels qu'ils peuvent avoir avec ces derniers.

L'objectif pratique de la recherche est de réunir suffisamment d'éléments pour informer les prestataires de santé de l'image qu'ils ont auprès de cette population qui devrait les occuper à plus d'un titre: prise de risque VIH, souffrance psychologique et suicidalité augmentée. La prise en compte de ces éléments de représentations pourrait permettre à ces mêmes prestataires de santé d'améliorer leurs stratégies communicationnelles et par là même d'intensifier l'efficacité de leurs diverses activités de prévention.

Au plan scientifique, la recherche exposée ici poursuit deux objectifs. Il s'agit d'une part de dégager des connaissances supplémentaires relatives à la relation entre prestataires et utilisateurs du système de soins dans les cas où ces derniers appartiennent à des groupes minoritaires stigmatisés. Dans le domaine sociolinguistique, l'objectif réside dans l'analyse de données discursives émanant d'un groupe encore peu étudié sous l'angle des problématiques précédemment exposées. Une meilleure compréhension des représentations métacomunicatives des jeunes homosexuels est à son tour susceptible d'être mise à profit par tout acteur amené à les rencontrer dans un contexte de soins ou de conseil.

Afin d'atteindre ces objectifs pratiques et scientifiques, notre étude est menée par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues et de linguistes. Elle cherche à vérifier trois hypothèses. La première pose que les jeunes homosexuels perçoivent les prestataires de santé comme des représentants d'un certain «ordre moral». Une telle perception rendrait le questionnement et l'affirmation d'une identité sexuée et, a fortiori homosexuelle, problématique dans le cadre de la consultation médicale. Deuxièmement, il s'agit de vérifier si la crainte des jeunes homosexuels d'un relâchement de la confidentialité de la part des prestataires de santé, perçus comme

3 Requête n° 3346-63219.

trop proches de l'entourage tant familial que scolaire, les conduit à dissimuler le motif implicite de certaines consultations ou à renoncer à ces dernières. La troisième hypothèse admet que la jeunesse, l'orientation sexuelle minoritaire et les éventuelles pratiques sexuelles à risque, en tant que distances sociales séparant le jeune homosexuel des prestataires de santé, sont ressenties comme des facteurs limitant le partage d'un même système sociolinguistique, et, partant, comme un obstacle à la communication et donc à la qualité de la relation.

La vérification de ces trois hypothèses implique la conduite d'une étude intensive devant permettre une analyse – contrastive – centrée sur un ensemble de données sociologiques mis en rapport avec un corps de représentations relatives au système de santé et à la communication verbale en milieu médical. A cette fin, il est prévu de comparer les résultats issus d'une investigation de ces représentations conduite auprès d'un échantillon de jeunes homosexuels âgés de 15 à 20 ans avec les résultats établis pour une population témoin de jeunes hommes hétérosexuels et obtenus avec les mêmes instruments.

Les échantillons de la population cible (40 jeunes homosexuels) et de la population témoin (20 jeunes hétérosexuels de la même classe d'âge) sont construits de manière à pouvoir être indicatifs des populations globales concernées. Pour ce faire sont pris en compte un certain nombre d'éléments, tels le lieu de résidence, l'âge, l'appartenance socioprofessionnelle et l'origine familiale. Le lieu de résidence paraît être un critère important du fait des différences attendues de perception de l'homosexualité entre régions rurales et citadines. La prise en compte de la variable «âge» se justifie en raison du développement rapide que connaît l'adolescent à cette période de la vie. D'éventuelles différences de perception du réseau de soins et de l'homosexualité sont susceptibles d'apparaître en fonction du statut socio-économique et socio-professionnel du jeune et de sa famille. De plus, un possible passé migratoire du jeune ou de sa famille peut avoir des conséquences tant sur son rapport à la santé que sur celui touchant aux orientations sexuelles minoritaires.

La vérification des hypothèses de l'étude suppose le recours à la production de données au travers d'entretiens semi-directifs individuels. Un tel cadre paraît convenir à une investigation en profondeur de la problématique, tout en donnant un aperçu des pratiques langagières de la population cible. Les entretiens sont menés sur la base d'un protocole construit en deux parties. La première entend inviter l'interviewé à la narration de son parcours sentimental

et sexuel. Cette narration est complétée par son récit du processus de *coming out*. Suivent des questions ayant pour but d'apprécier l'estime de soi de l'interviewé, ainsi que ses représentations générales de l'homosexualité et des homosexuels. De la sorte, la possibilité est offerte à l'interviewé de «se raconter» dans ses termes et de faire émerger son propre répertoire. Celui-ci est ainsi repris par les intervieweurs, de sorte à réduire le risque d'imposition à la population interrogée des préconceptions et catégories du chercheur (Jodelet, 1986).

La seconde partie du protocole s'attache plus spécifiquement à la perception qu'ont les jeunes du système de soins et de la communication en milieu médical. Les thèmes investigués sont les problèmes et les préoccupations de santé de l'interviewé, la nature et la fréquence de ses contacts avec le système de soins ainsi que les éventuels obstacles au recours à ce dernier. De plus, l'image que les jeunes ont des soignants et de la confidentialité en milieu médical doit être dégagée à ce moment de l'entretien. Une attention particulière est accordée aux difficultés de communication avec les représentants du système de santé. L'interviewé est invité à exprimer son appréciation de la qualité de l'intercompréhension avec le soignant. Il décrit également les différences de «façons de parler» qu'il relève entre le soignant et lui-même, ainsi que l'incidence qu'il suppose que ces décalages ont sur la qualité de la communication. Un autre ensemble de questions est plus spécifiquement ciblé sur l'évocation de thématiques relevant de la sexualité et du VIH/sida. L'intervieweur et l'interviewé tentent de recenser les thèmes abordés et d'en reconstituer le contexte conversationnel et discursif: qui introduit ces thèmes, quels sont les mots utilisés et les affects en jeu?

Lors de l'analyse des données, l'attention sera portée sur les discours recueillis au travers des entretiens, tout comme sur les conditions de production de ces discours dans l'interaction expérimentale (Boutet, 1994). Afin de restituer le plus fidèlement possible le sens de ces discours et pour répondre à la problématique de la recherche, différentes méthodes d'analyse des données qualitatives seront privilégiées. On procédera ainsi à une analyse biographique de type psychosocial visant entre autre à obtenir des indications sur le parcours, l'intégration sociale et le développement identitaire du jeune homosexuel. Ces indications permettront de contextualiser les informations tirées de l'analyse de contenu thématique et de l'analyse des discours (formes linguistiques privilégiées, thématisation, figures rhétoriques, analyse des séquences, des récurrences, des organisations raisonnées, etc.). Ces analyses autoriseront la vérification des hypothèses par le dégagement des

représentations sous-jacentes au discours des locuteurs. Une analyse formelle de type computationnel (séquentielle, fréquentielle) viendra étayer les analyses de contenu et de discours.

En guise de conclusion

Pour une population où les risques d'être confronté à un problème de santé au sens large sont importants, l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des réponses en matière de santé est d'une grande importance.

Notre recherche entend mettre en évidence les éventuelles difficultés et réticences de la part des jeunes homosexuels à recourir au système de santé. Ces difficultés et réticences peuvent aussi bien être liées à des craintes de la part de ces usagers qu'à un mauvais ajustement du système de santé, en termes de communication, à la population particulière des jeunes homosexuels.

Les résultats de cette enquête pluridisciplinaire pourront informer les prestataires des services de santé des perceptions de leurs bénéficiaires et les rendre ainsi attentifs aux besoins spécifiques de cette population. Cette information devrait permettre une amélioration de la qualité de la relation entre prestataires et usagers du système de soins et favoriser ainsi l'accessibilité des jeunes homosexuels à ses services, ceci même dans des situations de vulnérabilité. La conséquence souhaitable de ce processus devrait être une prévention plus efficace des problèmes de santé de cette population, plus particulièrement en ce qui concerne les contaminations au VIH et les tentatives de suicide.

Notre recherche devrait enfin permettre une avancée dans un domaine peu investi de l'étude des représentations linguistiques. En effet, elle vérifie quels types de distances sociales les jeunes homosexuels perçoivent entre leurs soignants et eux-mêmes. Mais elle pose surtout la question de leur perception de ces distances en termes de facteurs limitant la qualité des échanges qui les unissent avec les soignants.

BIBLIOGRAPHIE

- Bourdieu, P. (1980). *Questions de sociologie*. Paris: Minuit.
— (1987). *Choses dites*. Paris: Minuit.
Boutet, J. (1994). *Construire le sens*. Berne: Peter Lang.

- Cameron, D. (1995). Rethinking language and gender studies. In S. Mills (ed.), *Language and gender. Interdisciplinary perspective*. (pp. 31-44). London: Longman.
- (1997). Performing Gender Identity: Young Men's Talk and the Construction of Heterosexual Masculinity. In U. H. Meinhof & S. Johnson (ed.), *Language and Masculinity*. (pp. 47-64). Oxford: Blackwell.
- Cheng, T. L., Savageau, J. A., Sattler, A. L., & De Witt, T. G. (1993). Confidentiality in health care: A survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA*, 269 (11), 1404-1407.
- CIBA (1980). *L'image du médecin vue par les adolescents*. Basel: Ciba-Geigy.
- Cochand, P., & Singy, P. (2001). *Développement identitaire et risque de contamination par le VIH chez les jeunes homosexuels et bisexuels en Suisse romande*. Lausanne: Raisons de Santé, 71.
- Del Vecchio-Good, M., & Good, B. J. (1982). Patient requests in primary care clinics. In N.J. Chrisman & T.W. Maretzki (eds), *Clinically applied anthropology*. (pp. 275-295). Dordrecht: Reidel.
- De Montefiores, C., & Schultz, S.J. (1978). Coming Out: Similarities and Differences for Lesbians and Gays Men. *Journal of Social Issues*, 34(3), 59-72.
- De Wit, J.B.F. (1996). The Epidemic of HIV among Young Homosexual Men. *AIDS*, 10 (suppl. 3), 21-25.
- Epstein, R.M., Christie, M., Frankel, R., Rousseau, S., Shields, C., & Suchman, AL. (1993). Understanding fear of contagion among physicians who care for HIV patients. *Family Medicine*, 25 (4), 234-235.
- Epstein, R.M., Morse, D., Frankel, R., Frarey, L., Anderson, K., & Beckman, H. (1998). Awkward moments in patient-physician communication about HIV risk. *Annals of Internal Medicine*, 128 (6), 435-442.
- Gerbert, B., Bleecker, T., & Bernzweig, J. (1993). Is anybody talking to physicians about acquired immunodeficiency syndrome and sex? A national survey of patients. *Archives of Family Medicine*, 2 (1), 45-51.
- Gerbert, B., Maguire, B.T., & Coates, T.J. (1990). Are patients talking to their physicians about AIDS? *American Journal of Public Health*, 80 (4), 467-468.
- Godin, G., Naccache, H., & Pelletier, R. (2000). Seeking medical advice if HIV symptoms are suspected. Qualitative study of beliefs among HIV-negative gay men. *Can Fam Physician*, 46(4), 861-868.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris: Minuit.
- Gold, R.S., & Skinner, M.J. (1992). Situational Factors and Thought Processes associated with Unprotected Intercourse in Young Gay Men. *AIDS*, 6, 1021-1030.
- Gumperz, J. (1989). *Engager la conversation*. Paris: Minuit.
- Harris, M.B. (1995). Health care professionals' experience, knowledge, and attitudes concerning homosexuality. *Journal of gay & lesbian social services*, 2 (2), 91-107.
- Hays, R.B., Kegeles, S.M., & Coates, T.J. (1990). High HIV risk-taking among young gay men. *AIDS*, 4 (9), 901-907.
- Heath, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre médecin et patient. In Cosnier & Grojean (Eds), *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. (pp. 65-83). Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Jalbert, Y. (1998). *Processus de sortie, perception du risque face au sida et utilisation des services de santé chez de jeunes homosexuels âgés de 16 à 20 ans de Montréal*. Thèse de doctorat présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, non publiée.

- Jodelet, D. (1986). Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique. In W. Doise & A. Palmonari (dir.), *L'étude des représentations sociales*. (pp. 171-192). Lausanne-Paris: Delachaux & Niestlé.
- Johnson, S. (1997). Theorizing Language and Masculinity: A Feminist Perspective. In U.H. Meinhof & S. Johnson (ed.), *Language and Masculinity*. (pp. 8-26). Oxford: Blackwell.
- Kelly, J.A. et al. (1987). Medical students' attitudes towards aids and homosexual patients. *J Med Edu*, 62, 549-556.
- Labov, W. (1976). *Sociolinguistique*. Paris: Ed. de Minuit.
- Lakoff, R. (1975). *Language and women's place*. New York: Harper & Row.
- Lert, F. (2000). Advances in HIV treatment and prevention: Should treatment optimism lead to prevention pessimism. *AIDS Care*, 12/6, 745-755.
- Martinet, A. (1945). *La prononciation du français contemporain*. Paris: Droz.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie médicale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Matthews, W. et al. (1986). Physicians attitudes towards homosexuality: survey of Californian county medical society. *West J Med*, 144, 106-110.
- Michel, K. et al. (1992). *Crise et suicide: Séminaires pour médecins*. Berne: FMH/OFSP.
- Moreau-Gruet, F., & Dubois-Arber, F. (1995). *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse: Phase 6, 1993-1995. Les hommes aimant d'autres hommes. Etude 1994*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.
- Peräkylä, A. (1995) *AIDS Counselling: Institutional Interaction and Clinical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Perrin, E.C. (1998). Health and development of gay and lesbian youths: implications for HIV/AIDS. *AIDS patient care and STDs*, 12 (4), 303-313.
- Remafedi, G. Farrow, J.A., & Deisher, R.W. (1991). Risk Factors for Attempted Suicide in Gay and Bisexual Youth. *Pediatrics*, 87(6), 869-875.
- Rotheram-Borus, M.J. & Fernandez, M.I. (1995). Sexual Orientation and Developmental Challenges Experienced by Gay and Lesbian Youths. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 25 (suppl.), 26-34.
- Rotheram-Borus, M.J. et al. (1995). Predicting Patterns of Sexual Acts Among Homosexual and Bisexual Youths. *American Journal of Psychiatry*, 152 (4), 588-595.
- Schiltz, M.A. (1997). Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH: Les conquêtes des modes de vie. *Population*, 6, 1485-1538.
- Schneider, S.G., Farberow, N.L., & Kruks, G.N. (1989). Suicidal Behavior in Adolescent and Young Adult Gay Men. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19 (4), 381-394.
- Shuy, R. W. (1983). Three types of interference to an effective exchange of informations in the médical encounter. In S. Fisher & A.D. Todd (eds), *The social organization of doctor-patient communication*. (pp. 189-202). Washington DC: Center for applied linguistics.
- Silverman, D. (1997). *Discourses of Counselling. HIV Counselling as Social Interaction*. London: Sage.
- Singy, P. (1997). *L'image du français en Suisse romande: Une enquête sociolinguistique en pays de Vaud*. Paris: L'Harmattan.
- (1998). Sociolinguistique, *gender studies*: l'insécurité linguistique en question. In P. Singy (dir.), *Les femmes et la langue*. (pp. 9-22). Lausanne: Delachaux & Niestlé.
- (1999). L'implicite dans la relation médecin/patient: le partage en jeu. *La linguistique*, 35, 181-192.
- (à paraître). *Le sida au cabinet médical: les mots pour en parler*.

- Tannen, D. (1990). *You just don't understand: Women and men in conversation*. London: Virago Press.
- Trudgill, P. (1982). *Sociolinguistics: an introduction*. Harmondsworth: Penguin books.
- Weatherburn, P., Davies, P. M., *et al.* (1990). Heterosexual behaviour in a large cohort of homosexually active men in England and Wales. *Aids Care*, 2(4), 319-324.
- Wenrich, M.D., Curtis, J.R., Carline, J.D., Paauw, D.S., & Ramsey, P.G. (1997). HIV risk screening in the primary care setting. Assessment of physician's skills. *J. Gen Intern Med.*, 12, 107-113.
- West, C., & Frankel, R.M. (1991). Miscommunication in medicine. In Coupland & Giles (Eds), *Miscommunication and Problematic Talk*. (pp. 166-194). London: Sage Focus Edition.