

Samira Moukrim

Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé

Résumé : L'auteur aborde le problème des barrières linguistiques en explorant, à partir d'un corpus authentique, le ressenti de femmes immigrées non-franco-phones dans des situations de soins de la santé et en mettant en évidence la réalité particulière de cette catégorie de femmes issues de l'immigration.

Abstract: The author discusses the problem of language barriers by exploring, based on an authentic corpus of material, the feelings of non-French-speaking immigrant women in healthcare-related situations and highlighting the particular circumstances of this category of women of immigrant origin.

Introduction

La France, comme toute l'Europe, est de plus en plus diverse et poursuit son évolution vers une société multiculturelle. Selon les statistiques de l'INSEE, au 1^{er} janvier 2014, 11,6 % des personnes qui vivent en France sont nées à l'étranger¹. Souvent arrivés à l'âge adulte ou plus jeunes avec leurs parents, nombre de ces immigrés éprouvent des difficultés à parler le français et sont confrontés à des problèmes de communication dans tous les champs de la vie sociale.

La barrière de la langue peut poser de réels problèmes notamment en milieu de soins. Lorsque la santé est en jeu, il est indispensable que les interlocuteurs (patient et intervenant) se comprennent bien. La communication et la compréhension mutuelles constituent le fondement d'un traitement médical réussi. Or, bien des patients issus de l'immigration ne disposent souvent pas des connaissances linguistiques nécessaires.

Dans cette analyse, il sera question des barrières de la langue dans les milieux de la santé, dans le cas des femmes immigrées non-francophones. Les études qui portent sur la communication *patient-praticien* ne présentent généralement que la perspective des praticiens. C'est la perspective des patients qui

1 http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T16F037 (consulté le 10 mai 2016)

Samira Moukrim, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, FLSH-Fès, LLL (UMR 7270 – Université d'Orléans – Université de Tours – BnF – CNRS), E-mail : samiramoukrim@yahoo.fr

sera mise en exergue à travers l'exploration du ressenti des femmes immigrées non-francophones dans des situations de soins de la santé.

1 Le corpus

Le corpus a été constitué dans le cadre du programme *Langues en Contact à Orléans* (LCO), module du Projet *Enquêtes sociolinguistiques à Orléans 2* (ESLO2)², piloté par le Laboratoire Ligérien de Linguistique de l'Université d'Orléans (LLL). LCO a pour objectif de dresser un portrait du multilinguisme dans la ville d'Orléans. Il se propose :

- de répertorier les pratiques linguistiques et culturelles des immigrés au moyen d'enquêtes sur le terrain ;
- d'analyser la vie de ces langues. Quels sont leurs modes de transmission ? Où sont-elles parlées, par qui, dans quelles circonstances ?
- de réaliser des enregistrements des différentes langues telles que parlées à Orléans pour les mettre à la disposition de la communauté scientifique, voire d'un public plus large.

Un sous-corpus a été constitué auprès de locuteurs arabophones et amazighophones (berbérophones) résidant à Orléans. Pour améliorer la représentativité du corpus, nous avons essayé de diversifier les situations enregistrées ainsi que les catégories de locuteurs en différenciant sociologiquement les témoins selon l'âge, le sexe le niveau scolaire, la profession et les langues parlées.

Nous avons constitué un corpus de « données situées » : il contient, en plus des données primaires (les enregistrements de la parole), une riche documentation sur ces données et sur leur contexte de production. Nous avons tenu également à expliciter notre démarche, à documenter les conditions de constitution du corpus ainsi que nos choix théoriques et techniques. Toutes ces informations sont d'une grande importance pour rendre le corpus disponible.

Pour réunir le plus de données possible, nous avons eu recours à l'entretien semi-directif (face à face). Un guide d'entretien a été réalisé afin de faire parler les témoins. Les questions que nous avons choisies portent d'une part sur les langues utilisées par nos informateurs à Orléans, sur leur importance et sur ce qu'elles représentent pour eux ; d'autre part, sur la culture et les traditions transplantées du pays d'origine au pays d'accueil.

² Pour plus de détails sur le programme ESLO voir : <http://www.lll.cnrs.fr/eslo-1>

Lors des entretiens, certaines femmes non-francophones déclarent éprouver le besoin de parler français dans certaines situations, notamment dans les milieux de la santé. Ce qui a attiré notre attention sur le problème des barrières linguistiques et leurs effets à la fois sur les patients et sur le personnel médical.

Pour étudier la question des barrières linguistiques dans les milieux de la santé, nous nous sommes appuyée sur l'étude d'un groupe de huit femmes non-francophones, âgées de 25 à 65 ans, d'origine maghrébine (marocaine). Ces femmes déclarent parler l'arabe et/ou le berbère et éprouver des difficultés à comprendre ou à parler le français.

2 L'enquête

La qualité de la constitution du corpus est un facteur de la relation de confiance établie entre nous, en tant que personne (de la même communauté linguistique) et aussi en tant que chercheur (qui peut, du point de vue des témoins, contribuer à la promotion de la diversité linguistique et culturelle), et les enquêtés.

Avant de commencer l'enregistrement, nous essayons de nous familiariser avec le témoin pour qu'il se sente parfaitement à l'aise et que la conversation enregistrée soit aussi naturelle que possible. En effet, nous avons pris systématiquement le temps de discuter avec le témoin pour gagner sa confiance. Tout cela a l'avantage d'atténuer « le paradoxe de l'observateur » (Labov 1976 : 116–117 & 289–290) et d'accéder au vernaculaire du locuteur. Comme le précise Bourdieu (1993 : 1395) : « La proximité sociale et la familiarité assurent en effet deux des conditions principales d'une communication »non violente« ».

Notre relation privilégiée avec les témoins vient du fait que nous partageons avec eux un certain nombre de traits : même origine (pays d'origine), même(s) langue(s), même situation en France (appartenance à la population immigrée), etc. Nous sommes membre à part entière de la culture vernaculaire. Nous la connaissons de l'intérieur et nous la comprenons profondément. Cela permet, selon Labov (1978 : 10) de « réussir une percée plus profonde ».

3 Les barrières linguistiques et culturelles

Au cours des entretiens, les femmes en question déclarent éprouver des difficultés à parler (et à comprendre) le français, ce qui leur pose problème dans tous les champs de la vie sociale. Les deux premiers témoins ont précisé spontanément que « c'est dans les milieux de la santé qu'[elles] sent[ent] le plus le besoin de parler français ». Ce qui nous a poussée, par la suite, à poser la question à toutes les enquêtées et

aussi à leur demander la raison de cette gêne dans les milieux de la santé. Leurs réponses peuvent être résumées par les points suivants :

- Dans les milieux de la santé,
- elles ont besoin d'expliquer de quoi elles se plaignent et de comprendre le personnel médical sans être obligées de dévoiler leur intimité devant un accompagnateur (y compris les membres de leur famille...) ;
- elles se sentent frustrées de ne pas se faire comprendre, impuissantes, complètement démunies, étrangères...

Leur ressenti peut être traduit par la citation de Tania de Montaigne (2006) : « Être étranger, c'est être sous l'eau quand d'autres vous parlent à la surface, les sons pénètrent, mais pas le sens³ ».

Les barrières linguistiques sont souvent accompagnées de barrières culturelles, notamment la différence dans la perception et l'expression de la maladie, la douleur, le traitement, etc., et aussi le manque de familiarité avec le système de la santé dans le pays d'accueil.

S'ajoute à cela la réalité particulière de cette catégorie de femmes issues de l'immigration :

- la pudeur embarrassante de ces femmes (peur de se dénuder devant le personnel de sexe différent, peur de livrer une part de leur intimité...) ;
- les interdits religieux ou liés à la tradition qui musellent ces femmes (la peur de recevoir des soins par un intervenant de sexe différent, tabous culturels, etc.) ;
- le rôle effacé de la femme dans la société d'origine (domination du mari, du père ou du frère, statut d'infériorité, etc.), statut qu'elles continuent à préserver dans le pays d'accueil ;
- l'isolement lié au contexte de l'immigration ;
- l'invisibilité sociale due au statut de la femme immigrée dans la société d'accueil : femme « accompagnante » (Conseil de l'Europe 1995), presque jamais considérée comme une personne « individualisée », « autonome ».

Il y a une sorte d'intersection des dimensions du genre et des barrières linguistiques (et culturelles).

La diversité culturelle est à percevoir, selon le Comité européen de la Santé⁴, comme une caractéristique de la population de l'Europe actuelle dans son en-

³ <http://evene.lefigaro.fr/citation/etre-etrange-etre-eau-autres-parlent-surface-sons-penetrent-se-77397.php> (consulté le 10 février 2016).

⁴ Comité d'experts sur les services de santé dans une société multiculturelle, Exposé des motifs : « Adaptation des services de santé à la diversité culturelle dans une Europe multiculturelle » : <https://wcd.coe.int/com.instranet.InstraServlet?command=com> (consulté le 12 février 2016).

semble. Il est mis en avant que les notions de santé, de maladie et de mort sont profondément ancrées dans la culture de chaque groupe humain ou pays et que cette culture conditionne le mode de traitement des malades, ainsi que les rituels qui entourent les mourants. Or, ce fait n'est pas toujours assez reconnu par les services et institutions de santé des États membres. Le mandat du Comité d'experts souligne que le respect des droits et de la dignité de la personne impose de prendre en compte cette diversité culturelle dans le cadre des services de santé.

Le Comité souligne que l'intérêt de la communauté internationale pour des « soins culturellement différenciés » va de pair avec de récentes innovations médicales telles que la notion de soins centrés sur le patient, l'adoption de chartes des droits des patients, ainsi que l'importance croissante attachée au résultat des interventions médicales et à la satisfaction des patients.

4 Des patients exclus de la recherche

Dans les recherches sur la communication patient-praticien, les patients qui ne maîtrisent pas la langue officielle sont souvent exclus des enquêtes (Bowen 2001). Différentes études montrent que les minorités ethniques⁵ ne sont pas correctement représentées dans ce type d'enquêtes et qu'elles ne bénéficient pas des améliorations basées sur la gestion de la qualité (alors qu'elles sont peut-être celles qui en ont le plus besoin).

Ces patients sont souvent systématiquement exclus et ainsi sous-représentés dans les échantillons utilisés en recherche clinique et dans les recherches sur les services de santé et ce, pour diverses raisons :

- leur maîtrise insuffisante de la langue officielle ou leur analphabétisme ;
- le manque de compétences permettant de concevoir des outils de recherche transculturels valables, qui pousse souvent les chercheurs à les exclure de leurs études cliniques ;
- l'hésitation fréquente des personnes appartenant à une minorité ethnique à participer aux projets de recherches biomédicales, par crainte de subir des discriminations ou d'être utilisés comme cobayes pour tester des substances ou traitements expérimentaux, ce qui pose des difficultés de recrutement.

⁵ Le terme « minorité ethnique » désigne un groupe de personnes qui se sentent proches les unes des autres, parce qu'elles estiment (subjectivement) avoir une origine commune, parfois une même langue, une culture partagée et une forme de conscience collective en laquelle chacun se reconnaît quelle que soit sa position sociale dans le groupe.

Les effets des barrières linguistiques sur la relation patient-intervenant ne sont donc pas bien explorés. En outre, l'exclusion de ces patients de la recherche signifie que les études ne décrivent pas l'expérience de tous les patients dans la société. Ce qui aurait un impact sur la conception d'une politique de santé valable pour toute la société.

5 La barrière de la langue : quelques effets

Les barrières linguistiques perturbent tout le processus de la consultation du début à la fin. Selon Cosnier *et al.* (1993), les différentes séquences de la consultation se présentent comme suit : l'ouverture, la définition du problème, l'examen clinique, le diagnostic (ou résultats de l'examen), la discussion du diagnostic, la prescription, la clôture.

- Comment aborder ces étapes de la consultation quand on ne parle pas la même langue ?
- Comment établir un diagnostic fiable quand le patient ne comprend pas les questions posées ?

La barrière de la langue peut avoir des effets aussi bien sur le patient que sur l'intervenant, comme il apparaît dans le tableau suivant :

Quelques effets de la barrière de la langue

Patient	Personnel médical
<ul style="list-style-type: none"> – Impossibilité de fournir une information utile ou compréhensible pour sa prise en charge – Incompréhension des questions posées – Détresse psychologique – Manque de confiance – Mauvais usages des traitements, erreurs de médication – Insatisfaction – Manque d'informations sur la promotion de la santé ou sur la prévention des maladies – Non recours ou recours tardif aux soins⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> – Difficulté/impossibilité de comprendre de quoi se plaint le patient – Incapacité d'établir un diagnostic – Multiplication des examens et tests supplémentaires afin d'identifier le problème – Problème d'accès aux antécédents médicaux du patient (vaccination, allergies, antécédents familiaux, etc.) – Insatisfaction

⁶ Le non recours ou le recours tardif aux soins de la santé pourrait avoir des implications catastrophiques pour la santé tant individuelle que publique. Par ailleurs, les barrières linguistiques peuvent constituer un vrai problème de santé publique dans le cas des maladies transmissibles.

Pour Margot Phaneuf (2009 : 7), travailler auprès des immigrés appartenant à diverses cultures et religions suppose une certaine ouverture d'esprit, une compréhension minimale de leur réalité et de leurs besoins particuliers : « si c'est la compréhension de la langue qui pose problème, il nous faudra alors trouver des moyens alternatifs pour les aider à s'exprimer afin de mieux les comprendre ». L'auteur considère que le fait d'imposer quelque chose à quelqu'un qui ne comprend pas est une forme de *violence*.

Les barrières linguistiques influencent le taux d'utilisation des services en le diminuant ou en l'augmentant (Bowen 2000), elles influencent aussi l'accès initial et affectent le diagnostic et le traitement car elles peuvent gêner ou empêcher une personne de demander une évaluation initiale et des soins, comme elles peuvent affecter la qualité des soins reçus, ce qui augmente la fréquence de l'utilisation des services des urgences. Les barrières linguistiques peuvent donc entraver l'obtention de la qualité et de l'équité en ce qui concerne les soins de santé.

Dans Muela Ribera *et al.* (2008), il a été souligné que les barrières linguistiques peuvent augmenter les coûts médicaux par deux moyens principaux : en augmentant le risque d'erreurs médicales et de complications de la maladie, et en produisant des coûts inutiles.

Pour la France, les données manquent pour élaborer une politique de santé appropriée à la diversité culturelle en milieu de soins, notamment sur les barrières de la langue et leurs effets. C'est la raison pour laquelle il est important de procéder à la collecte des données sur les situations où les obstacles linguistiques pourraient avoir des répercussions sur la qualité des soins.

En somme, on sait relativement peu de choses concernant les effets des barrières linguistiques sur le résultat du traitement. C'est la raison pour laquelle, aux États-Unis et en Europe occidentale, la résorption de la barrière linguistique est considérée comme le domaine où des interventions s'imposent de la manière la plus urgente et la plus évidente.

6 Limites et perspectives

Cette étude présente certaines limites dans la mesure où elle porte sur un nombre restreint de témoins et aussi du fait que l'objectif initial de l'enquête n'était pas les barrières linguistiques mais l'étude du plurilinguisme à Orléans. D'où la nécessité d'une recherche accrue sur cette question des barrières linguistiques dans les milieux de soins afin d'élaborer des politiques basées sur des éléments concrets et surtout pour sensibiliser.

Références

- Bourdieu, Pierre (dir.). 1993. *La misère du monde*. Paris : Seuil, collection « Points ».
- Bowen, Sarah. 2000. *Introduction to Cultural Competence in Pediatric Health Care*. Préparé pour Santé Canada, Services gouvernementaux Canada.
- Bowen, Sarah. 2001. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf. (consulté le 14 juin 2016).
- Conseil de l'Europe. 1995. *Les femmes immigrées et l'intégration*. Strasbourg : Conseil de l'Europe.
http://www.coe.int/t/dg3/migration/archives/Documentation/Series_Community_Relations/Immigrant_women_and_integration_fr.pdf (consulté le 15 février 2016).
- Cosnier, Jacques, Michèle Grosjean & Michèle Lacoste. 1993. *Soins et communications. Approches interactionnistes des relations de soins*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon.
- De Montaigne, Tania. 2006. *Tokyo c'est loin*. Roman. Paris : Flammarion.
- Labov, William. 1976. *Sociolinguistique*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- Labov, William. 1978. *Le parler ordinaire*. Paris : Les Éditions de Minuit, collection « Le sens commun ».
- Phaneuf, Margot. 2009, révision février 2013. *L'approche interculturelle, communication et soins dans un contexte d'ouverture*. http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/pproche5Finterculturelle-communi-cation_et_soins_dans_un_contexte_da%CC%82%E2%82%AC%E2%84%A2ouver....pdf (consulté le 14 juin 2016).