



<https://bulletin.vals-asla.ch> · e-ISSN: 2813-7973 · p-ISSN: 1023-2044

Gajo, L. (2001). Deuxième partie: Communication et minorités dans les réseaux de soins : introduction. *Bulletin suisse de linguistique appliquée*, 74, 149-151.

<https://doi.org/10.26034/ne.vals-asla.2001.0675>

Cet article est publié sous la licence *Creative Commons Attribution 4.0 International* (CC BY):

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



© Laurent Gajo, 2001

Deuxième partie: Communication et minorités dans les réseaux de soins

Introduction

Laurent GAJO

Cette deuxième partie traite principalement de la prise en compte et de la prise en charge des minorités sociolinguistiques dans les réseaux de soins, avec une attention particulière à la qualité de la communication entre les ressortissants de ces minorités et le corps soignant et/ou médical. L'intérêt pour les soins aux minorités est au moins double. D'une part, il s'agit de trouver des solutions pour ces groupes spécifiques, victimes d'une souffrance communicative en plus d'une souffrance physique ou psychique, les deux types de souffrance pouvant en outre tisser des liens complexes, se masquer mutuellement ou alors mieux se révéler. D'autre part, l'examen de ces groupes sociaux spécifiques exerce un effet de loupe sur le fonctionnement général de l'interaction à l'hôpital, moins visible avec des populations plus «standard». Ce deuxième aspect, mis essentiellement en évidence par les linguistes, renforce l'intérêt théorique et méthodologique des études sur les minorités.

Sous «minorités», nous trouverons dans les articles de cette partie les trois groupes suivants: migrants, minorités locales et homosexuels.

Les soins aux migrants alimentent depuis quelques années des recherches toujours plus riches, notamment en Suisse. La plupart de ces recherches font une place importante à la figure du tiers traduisant (médiateur culturel, interprète), considéré comme la solution la plus adéquate en vue de la résolution des problèmes de communication, pour autant que le tiers soit formé (SINGY; BISCHOFF, LOUTAN & STALDER). Ces recherches sont aussi le plus souvent descriptives et basées sur une méthodologie recourant à des questionnaires et/ou à des entretiens semi-directifs, autant du côté des sociolinguistes (SINGY) que des professionnels de la santé (BISCHOFF, LOUTAN & STALDER), ce qui débouche en général sur des analyses de contenu. D'autres recherches proposent des méthodologies plus qualitatives, prenant en compte l'analyse de l'interaction (GAJO, GRABER, MOLINA & D'ONOFRIO). Ces

mêmes recherches s'ouvrent à une plus forte prise en compte du contexte de l'interaction, et notamment de la variété, en milieu hospitalier, inhérente à la spécificité des services. On est amené à y examiner le rôle variable du tiers traduisant, à côté d'autres stratégies disponibles, comme le recours à une langue véhiculaire, cité aussi par Bischoff, Loutan & Stalder. L'idée même de problème de communication est questionnée.

Les soins aux minorités locales portent sur des terrains relevant de pays ou de zones «officiellement» plurilingues, en l'occurrence la région de Toronto (LABRIE *et al.*) et celle de Bruxelles (VERKOUTER). Pour garantir aux ressortissants des différentes communautés linguistiques un accès aux soins dans leur propre langue, la question est de savoir s'il s'agit de mettre plus de bilinguisme dans les institutions ou alors de créer et garantir des institutions séparées. Le «problème» est que les minoritaires connaissent suffisamment la langue de la majorité, surtout dans la situation canadienne, pour renoncer à leurs droits ou choix linguistiques au profit d'autres critères, comme la réputation d'un hôpital. La question se complique encore quand se mêlent les intérêts de la communauté locale et ceux de migrants parlant la même langue mais ne s'identifiant pas de la même façon aux «histoires» locales. L'examen de ces situations demande une forte prise en compte du contexte sociopolitique et sociohistorique, ce que font les deux articles, tout en l'articulant à l'analyse d'entretiens, dans une perspective toutefois plus résolument linguistique chez Labrie *et al.*

Les soins aux homosexuels ou à des groupes sociaux non déterminés prioritairement par une appartenance linguistique devraient apparemment relever d'une problématique sensiblement différente. Pourtant, là aussi, la communication ne va pas de soi, et les représentations du discours médical varient. Pour cette population, les liens aux réseaux de soins sont particulièrement chargés, et les tabous particulièrement lourds. Le discours traduit et construit cette charge. L'article présenté en fin de volume (SINGY, COCHAND, DENNLER & WEBER) donne quelques impulsions à cette réflexion, à travers la présentation d'hypothèses sous-tendant une recherche naissante.

Les ressortissants des groupes minoritaires, dans leurs pratiques communicatives avec les institutions sociosanitaires, mettent à flot des aspects constitutifs du fonctionnement de ces institutions aussi bien que de l'interaction en général. Sur le plan de l'institution, leur parcours met en évidence ce que nous pourrions appeler un phénomène de migration institutionnelle, que tout patient vit mais souvent dans l'ombre. Sur le plan de l'interaction verbale, leurs problèmes, parfois davantage postulés que clairement identifiés, renvoient à l'opacité, à l'épaisseur inhérente au discours même ordinaire, pourtant souvent traité comme transparent.