



**HAL**  
open science

## Quel accès aux soins et aux services publics pour des citoyens non francophones ?

Isabelle Léglise

► **To cite this version:**

Isabelle Léglise. Quel accès aux soins et aux services publics pour des citoyens non francophones ?. Culture et recherche, 2011, 125, pp.10-11. halshs-00680947

**HAL Id: halshs-00680947**

**<https://shs.hal.science/halshs-00680947>**

Submitted on 20 Mar 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Quel accès aux soins et aux services publics pour des citoyens non francophones ?

L'État et ses institutions communiquent dans la langue officielle, le français, qui est loin d'être partagée par tous les individus vivant sur le territoire français. Que se passe-t-il lorsque la population soignée par un hôpital est non francophone à plus de 80 % ?

**ISABELLE LÉGLISE**

Chargée de recherches au CNRS (SEDYL-CELIA)

On sait désormais que les régions françaises ultramarines contribuent largement à la diversité linguistique de la France. On sait moins que dans ces mêmes régions – en tout cas pour ce qui concerne la Guyane – une partie non négligeable de la population adulte ne parle pas ou très peu français. Qu'il s'agisse de citoyens français ou étrangers, en situation régulière ou irrégulière, qu'ils soient monolingues ou plurilingues, qu'ils habitent certains quartiers-ghettos de Cayenne, un village sur l'Oyapock ou le Maroni, un placer aurifère ou des villes de l'ouest comme Saint-Laurent, leur exposition quotidienne au français dans les sphères familiale, amicale ou professionnelle peut être quasi nulle. Que se passe-t-il lorsque cette partie de la population guyanaise doit être recensée, a besoin d'être soignée, doit entrer pour une raison ou une autre en contact avec l'administration, les services sociaux, les services publics ?

Dans les régions ultramarines, on dispose malheureusement encore de très peu d'enquêtes sur les pratiques (sociales et linguistiques) dans les domaines de la santé, de la justice et plus généralement dans les relations de service où un agent (soit en position d'expert, soit en position d'intermédiaire entre l'administration / l'entreprise et l'administré) est face à un client (ou administré ou usager ou encore patient).

Or, l'accueil des populations dites « allophones » ou « minoritaires » est une préoccupation bien actuelle dans un certain nombre de pays. Dans le domaine de la santé par exemple, on sait à présent évaluer les effets négatifs de la « barrière de la langue » non partagée entre soignants et soignés : retard dans le diagnostic et l'admission à l'hôpital, difficultés dans la médication et l'adhésion du patient au traitement, etc.<sup>1</sup>. Trois stratégies sont possibles face à un public allophone : soit

les soignants essaient de parler la langue des patients, soit les patients essaient de parler la langue des soignants, soit on fait appel à un interprète (un soignant bilingue, un interprète professionnel, un médiateur, voire un parent, formé ou non). Certains pays ont légiféré et institué le droit, pour tout patient, de bénéficier d'un accueil dans sa langue – c'est le cas notamment en Amérique du Nord. Des hôpitaux européens, pour leur part, se sont engagés dans la prise en compte de la diversité linguistique et culturelle des patients, suite à la Déclaration d'Amsterdam (2004), *Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle*.

En Guyane, force est cependant de constater l'absence d'engagement fort de l'État dans ce domaine. Hormis quelques campagnes d'affichage et d'information plurilingues (pour le passage à l'euro ou la prévention contre le sida par exemple), tout l'environnement sonore et graphique est en français. Les enquêtes qui ont été réalisées ces dix dernières années montrent toutes que le français est la langue dominante des interactions de service, à de rares exceptions près. Or, l'absence de politique linguistique explicite des institutions fait porter sur les individus, engagés dans leur pratique professionnelle, le choix de s'adapter ou non au public auquel ils sont confrontés.

Parfois, il suffit d'un supérieur hiérarchique sensible aux questions linguistiques et culturelles – et alors, une politique de recrutement d'agents contractuels plurilingues permet d'accueillir le public dans plusieurs langues comme à la poste d'une bourgade de l'ouest guyanais par exemple<sup>2</sup>. Malheureusement, ces solutions sont très souvent temporaires et dépendantes des personnes. À Mana, mes observations montraient il y a dix ans (à la poste, au dispensaire médical, à la phar-

1. A. Bischoff, *Caring for migrants and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions*, Swiss Forum for Migration and Population Studies, 2003.

2. I. Léglise, « Contacts de créoles à Mana (Guyane française) : répertoires, pratiques, attitudes et gestion du plurilinguisme », in *Études créoles*, XXVIII, n° 1, L'Harmattan, 2005, p. 23-57.



Cf. Isabelle Léglise, 2004

Accueil en français et interdiction trilingue (Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane).

macie) un ajustement mutuel : des services (qui trouvaient des solutions pour pratiquer les langues en présence, même de manière rudimentaire) et des familles (qui allaient vers le français en systématisant la procédure d'accompagnement : pour certaines, les enfants ont une fonction d'interprète, pour d'autres, les enfants sont en charge de famille et effectuent pour leurs parents les démarches administratives).

Cet ajustement est souvent tacite et ne nécessite pas de prise de position particulière lorsque agents et clients partagent les mêmes langues. Dans une agence commerciale EDF à Cayenne, où le public s'adresse pour installer un compteur ou un branchement électrique par exemple, tous les affichages et les échanges sont en français mais certains agents, ponctuellement, utilisent le créole guyanais ou antillais comme ressource afin d'assurer une meilleure communication avec certains interlocuteurs notamment autour des termes techniques ; s'ensuivent alors des échanges bilingues où les deux langues alternent<sup>3</sup>.

Toutefois, comme dans la situation actuelle ce sont les individus, en dernière instance, qui sont confrontés au choix de s'adapter au public ou non, l'ajustement à l'autre est parfois sujet de conflit. Ainsi, le personnel soignant d'un hôpital s'oppose-t-il sur la question d'apprendre ou non des rudiments de la langue des patients<sup>4</sup> – comme on le voit avec ce témoignage d'une sagefemme :

je leur fais l'explication sur l'allaitement en français / ben c'est normal on est en France ici / qui est-ce qui paye ? c'est la sécu / moi je parle français je vois pas pourquoi je ferais un effort / elles ont qu'à faire un effort / alors je parle français / elles me disent « mi no fulestan mi no fulestan<sup>5</sup> » / ben moi je réponds « moi non plus je fulestan pas » et alors je continue en français.

À l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni, où l'on estimait lors de mes enquêtes que 80 % des patients ne parlaient pas français, les échanges entre médecins, infirmières et aides-soignants à propos des patients, lors des soins et des visites dans les chambres, sont en français. Généralement, le personnel hospitalier s'adresse également dans cette langue aux patients. Malentendus et incompréhensions sont fréquents ; le patient répond dans une autre langue ou montre parfois par son comportement qu'il n'a pas compris. Si le sujet est médical, un participant à l'échange, se fondant sur des paris concernant l'appartenance ethnique du patient (qui sont parfois erronés), essaie de s'adresser à lui dans une langue qui lui paraît plus appropriée (des bribes de sranan tongo pour des patients bushinenge) ou plus proche de ce que le patient peut connaître (quelques mots d'espagnol pour un patient brésilien). Très rares sont ceux qui sont suffisamment à l'aise dans les langues de leurs patients pour pouvoir communiquer comme ils le souhaiteraient. En général, on « bricole », au moins pour « les trucs médicaux de base » en ayant appris « sur le tas ».

À l'hôpital comme dans d'autres institutions en Guyane, il n'y a pas de politique linguistique explicite. On note un certain nombre de pratiques plurilingues mais celles-ci semblent plus le fait de volontés individuelles, voire de décisions ponctuelles, que d'une politique concertée. Elles sont dictées par la réaction à l'urgence, sans réflexion préalable basée sur un diagnostic de la situation sociolinguistique locale – en particulier de l'environnement linguistique des patients et des usagers – à laquelle il s'agirait de s'adapter. Elles permettent certes une communication minimale pour le geste médical mais la question de la prise en charge du patient dans sa totalité reste, pour sa part, entière. ■

3. L. Nelson, *Le contact de langues au travail : l'étude de l'alternance codique entre les langues français-créole dans les situations de service à l'accueil direct d'EDF Guyane*, mémoire de master 2, université Lyon 2, 2008.

4. I. Léglise, « Environnement graphique, pratiques et attitudes linguistiques à l'hôpital (Saint-Laurent-du-Maroni, Guyane) », dans I. Léglise et B. Migge (coord.), *Pratiques et attitudes linguistiques en Guyane. Regards croisés*. Paris, IRD Éditions, 2007, p. 319-334.

5. « mi no fustan » en nenge ; traduction : « je ne comprends pas je ne comprends pas ».