

Université de Montréal

Les difficultés de communication dans le domaine
des services sociaux et de la santé : la perception de
clients d'origine italienne

par

Louisa Arcarone

Département de sociologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès Sciences (M.Sc.)
en sociologie

janvier 2002

© Louisa Arcarone, 2002



HM

15

U54

2002

v.011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
Les difficultés de communication dans le domaine
des services sociaux et de la santé : la perception de
clients d'origine italienne

Présenté par :
Louisa Arcarone

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Robert Sévigny : Président-rapporteur
Christopher McAll : Directeur de recherche
Jacques Rhéaume : Membre du jury

Mémoire accepté le : 11 avril 2002

SOMMAIRE

Dans ce mémoire de maîtrise, nous étudions les difficultés de communication rencontrées par des usagers des services sociaux et de santé d'origine immigrante et, plus particulièrement, par des personnes âgées d'origine italienne lors de leurs interactions avec les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé.

Dans la première partie de ce mémoire, nous mettons en contexte l'immigration au Canada et au Québec depuis le XVIII^e siècle. De même, la transformation de la société québécoise, notamment aux niveaux démographique et linguistique, au cours des dernières décennies est envisagée. Puis, nous présentons les résultats de différents rapports de recherche (gouvernementaux ou autres) en ce qui concerne les services sociaux et de santé québécois et la population immigrante pendant cette même période. C'est par la problématique de l'accessibilité de la clientèle d'origine immigrante au système de soins que les différents auteurs ont tendance à aborder les malentendus de communication entre intervenant et patient immigrant. L'examen de ces différents documents nous amène à constater que les difficultés de communication sont interprétées, principalement, en termes linguistiques et culturels.

Parallèlement, sont considérées quelques études portant sur la communication interethnique. Nous remarquons la présence, dans la littérature, d'une vision «culturaliste», psychologique et sociolinguistique, mais également l'absence relative d'une vision sociale dans l'appréhension des difficultés de communication entre interlocuteurs d'origine divergente. Nous discutons alors de l'optique de la sociologie

du langage (de sa façon de comprendre et d'envisager les relations sociales, sans faire abstraction du langage), perspective que nous distinguons de la sociolinguistique, qui elle, examine le langage en faisant appel, si nécessaire, aux relations sociales pour expliquer les phénomènes langagiers.

Dans la seconde partie de ce mémoire, nous présentons nos résultats de recherche basés sur la reconstitution des dernières consultations médicales de patients immigrants. Ainsi, les situations problématiques de communication recueillies lors de notre enquête impliquant 15 personnes d'origine italienne sont analysées. Des facteurs autres que linguistiques et culturels qui sous-tendent les malentendus de communication entre acteurs d'origine divergente sont dès lors cernés. En effet, c'est en posant un regard sur la «nature» de la relation d'aide que nous remarquons l'incidence de facteurs socio-économiques, de pouvoir, d'autorité et de prestige sur les interactions entre interlocuteurs. Ces facteurs s'expriment notamment, d'après les répondants, à travers certains comportements «distants» et «méprisants» des intervenants, quelle que soit leur origine.

Finalement, nos résultats de recherche sont considérés à la lumière de différentes approches disciplinaires (culturaliste, psychologique et sociolinguistique) élaborées pour la compréhension des difficultés de communication et constatons que certains éléments (contextuels et relationnels) échappent à l'éclairage de ces différentes approches que la sociologie du langage, elle, inclut dans son analyse.

Mots clés : difficultés de communication, immigration, relations ethniques, services sociaux et de santé, sociologie du langage.

SUMMARY

This master's thesis explores the issue of communication problems encountered by health and social services users who are immigrants – namely, senior Italians – during their interactions with health and social services workers.

The first part of the thesis puts this issue into context by examining the phenomena of Canadian and Quebec immigration since the 18th century. To this end, the transformation of Quebec society over the past few decades – namely at demographic and linguistic levels – is examined, and the results of various (government or other) studies pertaining to Quebec's health and social services and its immigrant population during this same period are also presented. These authors tend to view miscommunications between health and social service workers and immigrant patients as an issue of immigrant clientele accessibility to healthcare. An examination of these studies leads to the conclusion that communication problems can mostly be explained in linguistic and cultural terms.

Conversely, the thesis also considers a few studies on inter-ethnic communication. This literature not only explores a “culturalist”, psychological and socio-linguistic vision, but the relative absence of a social vision in the apprehension of communication problems between speakers of divergent ethnic origins. The perspective examined in these studies is that of the sociology of language (ways of understanding and seeing social relationships without ignoring language). This perspective differs from socio-linguistics,

which explores language by referring to social relationships, if necessary, to explain language interpretation phenomena.

The second part of the thesis presents study results based on immigrant patient medical visits. Fifteen people of Italian origin were surveyed to examine the communication problems they encountered during the study period and to note factors other than linguistic and cultural underlying miscommunications among parties of divergent ethnic origins. By examining the “nature” of the service relationship, socio-economic, power, authority and prestige factors were noted in the interactions among the parties. According to respondents, these factors were expressed as “distant” and “disdainful” behaviour on the part of healthcare workers, regardless of their ethnic origin.

Lastly, while the study results in this thesis have been considered within the framework of various disciplinary approaches (culturalist, psychological and socio-linguistic) developed to understand communication problems, some (contextual and relational) factors could only be considered within a sociology of language framework.

Keywords: communication problems, immigration, ethnic relations, health and social service, sociology of language.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	i
Remerciements	vi
Introduction	1
Problématique	6
 <i>Première partie</i>	
Chapitre I. L'immigration et les services sociaux et de santé au Québec	12
1.1 L'immigration canadienne et québécoise.....	12
1.2 Une société en mutation...une société multiethnique.....	20
1.3 L'accessibilité des services sociaux et de santé aux communautés culturelles du Québec et les difficultés de communication entre intervenants et clientèle multiethnique.....	21
 Chapitre II. Linguistique, sociolinguistique et sociologie du langage	31
2.1 La sociolinguistique traditionnelle ou classique.....	35
2.2 La sociolinguistique critique.....	44
2.3 La sociologie du langage.....	46
 Chapitre III. La recherche sur les difficultés de communication : enjeux, méthodes et résultats	51
3.1 L'approche culturaliste.....	53

3.2 L'approche psychologique.....	58
3.2.1 Le savoir interculturel et la formation interculturelle.....	60
3.3 L'approche sociolinguistique.....	62
3.4 Vers une approche davantage sociologique.....	69
3.5 L'absence de la sociologie du langage.....	71
Chapitre IV. Question de recherche et méthodologie.....	75
4.1 Question de recherche.....	75
4.2 Constats et lacunes dans la littérature quant à la problématique des difficultés de communication.....	76
4.3 Méthodologie.....	80
<i>Deuxième partie</i>	
Chapitre V. L'enquête.....	84
5.1 Retour sur la méthodologie.....	85
5.2 Recrutement et profil des répondants.....	86
5.3 Les expériences racontées par les personnes interviewées.....	89
5.4 Constats.....	111
<i>Troisième partie</i>	
Chapitre VI. L'apport des différentes approches disciplinaires à la compréhension des difficultés de communication relevées.....	118
Conclusion.....	133

Bibliographie.....140

Annexe I. Guide d'entrevue.....viii

REMERCIEMENTS

Je tiens vivement à remercier Christopher McAll, directeur de ce mémoire. Chaleureux remerciements à ma famille pour leur amour infini : merci à maman et papa, Sonia et Vincent, Samuel (perchè sei troppo bello e anche perchè sei la gioia di zia), puis à mes grands-parents. Ce mémoire est à votre image et vous appartient tout autant qu'à moi. Je remercie également Karl, pour son amour, sa patience et surtout pour son art de savoir si bien dédramatiser mes instants de panique. Je tiens aussi à remercier mes amies (Maya, Stéphanie, Brigitte, Ève, Isabelle G., Isabelle R., ...) pour leur écoute et leurs encouragements. Un merci particulier à mon ami Louis, pour son amitié, ses miraculeuses corrections et bien sûr pour son support intellectuel(!!!) Enfin, un merci tout spécial aux personnes qui ont bien voulu participer à mon enquête, ainsi qu'à mes précieuses personnes contacts, sans qui, une telle recherche n'aurait pas été possible : Lucia Arcarone, Carmela Arcarone, Carmela Lanzetta, Jerry Furfaro, Marianna et Paolo Gallo et Anna Zavaglia. A tutti, molto grazie!

*Ai miei nonni e padre,
perchè hanno avuto il
coraggio di partire del
loro paese per migliorare
il loro (ed anche il mio)
avvenire.*

*Ma soprattutto a nonno
Nicola, perchè si è
sempre fatto capire dagli
altri, senza bene parlare
altre lingue che la sua.*

INTRODUCTION

Les répercussions du phénomène de l'immigration touchent la société à plusieurs niveaux. Entre autres, l'immigration a une incidence directe sur la taille de la population d'une société donnée. Elle peut donc contrebalancer les écarts entre les divers groupes d'âge de cette population et, jusqu'à un certain point, contribuer à la répartition de la population entre le centre urbain et ses régions (Langlois, 1999).

En ce sens, les différents profils de l'immigration canadienne collaborent à équilibrer la population du Canada et, conséquemment, celle du Québec. Par exemple, en ouvrant les portes de cette province aux jeunes familles, elle pallie au faible taux de natalité québécois. Outre les enfants, la catégorie famille permet à deux autres types d'individu d'entrer au pays, les femmes au foyer et les grands-parents, qui, contrairement aux enfants, risquent davantage de rester en marge de la société. Pour ces personnes, l'intégration à la société d'adoption est probablement plus difficile, de même que l'apprentissage des langues officielles du pays. En effet, ne se retrouvant pas sur le marché du travail, elles auront moins d'occasions de pratiquer ces langues. Ainsi, au quotidien, certaines de ces femmes et de ces personnes âgées devront conjuguer avec leur incapacité à converser dans l'une ou l'autre des deux langues officielles du pays. Or, comment s'y prennent-elles? Comment arrivent-elles notamment à communiquer leurs douleurs aux intervenants du domaine des services sociaux et de la santé? De quelle façon le gouvernement, pour sa part, les aide-t-il à établir un dialogue avec les

professionnels des services sociaux et de la santé? En d'autres termes, quelles mesures adopte-t-il pour leur faciliter l'accessibilité au système de soins québécois?

C'est à partir de la fin des années 1970 que le gouvernement québécois définit un modèle d'insertion linguistique et culturelle, en tenant compte des relations et enjeux qui existent entre les deux «peuples fondateurs» du Québec, soit les francophones et les anglophones. Même si l'immigration apparaît, depuis plus d'un siècle, comme l'un des principaux facteurs démographiques et sociaux de la vie québécoise (et plus particulièrement montréalaise), ce n'est que depuis une vingtaine d'années que les sujets touchant la gestion de l'immigration sont réellement abordés par l'État. Dès lors, une prise de conscience quant à la composition ethnique de plus en plus diversifiée de la société québécoise, puis une véritable ouverture à l'égard de cette population immigrante se vérifieront à l'échelle sociale. De là, différents chercheurs s'intéresseront à l'accessibilité des services sociaux et de santé pour la population d'origine immigrante. Dans le même ordre d'idées, à partir des années 1980, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux se préoccupera des difficultés relationnelles entre les intervenants et les clients immigrants. Les malentendus de communication, perçus comme l'une des principales barrières à l'intervention réussie, représentent depuis lors l'un des thèmes les plus élaborés dans les rapports de recherche (gouvernementaux ou autres) portant sur l'accessibilité des services sociaux et de santé. À ce sujet, la plupart des auteurs considèrent que ce sont principalement les barrières linguistiques et culturelles qui sont à l'origine des problèmes de communication. Effectivement, selon eux, la barrière linguistique, soit la faible compétence en français ou en anglais de certains immigrants, entraverait d'abord la possibilité d'instaurer une communication réussie entre soignant et

soigné d'origine divergente. Puis, la distance culturelle, c'est-à-dire l'absence d'un partage de normes, valeurs, coutumes et croyances, ne permettrait pas aux intervenants de comprendre adéquatement les besoins spécifiques des clients d'origine immigrante. En se fondant sur ces deux obstacles majeurs à la communication, les différentes recherches préconiseront alors l'instauration d'un dialogue interculturel, la formation des intervenants à une approche interculturelle, la possibilité de communiquer dans la langue maternelle du client, ainsi qu'un recours davantage systématique à des interprètes, tant linguistiques que culturels.

Dans ce travail, nous nous proposons donc d'interroger des patients d'origine immigrante, et plus spécifiquement des personnes âgées d'origine italienne. Il est important de souligner ici que nous avons choisi d'interviewer des personnes âgées d'origine immigrante, puisque comme nous l'avons mentionné plus tôt, ces dernières risquent davantage de ne pas ou de peu parler les langues officielles du pays, et par le fait même, de rencontrer, lors de leurs interactions avec les intervenants des services sociaux et de santé, des situations problématiques de communication. Nous demanderons à ces usagers des services sociaux et de santé quels sont les principaux obstacles qui entravent, selon eux, la communication entre soignant et soigné? Envisagent-ils, conformément avec la plupart des études, que les situations problématiques de communication relèvent principalement des divergences linguistiques et culturelles entre aidant et aidé? De même, nous chercherons à savoir comment ces patients immigrants surmontent ou contournent les difficultés de communication avec leurs intervenants du domaine des services sociaux et de la santé. Aussi, nous examinerons en quels termes les personnes interrogées décrivent la relation d'aide, dans

laquelle elles sont impliquées, avec leurs intervenants. Autrement dit, nous observerons la «nature» de ces relations d'aide dans le but de mieux comprendre les situations problématiques de communication et également, afin de percevoir si des facteurs autres que linguistiques et culturels ont une incidence sur la communication entre intervenant et patient d'origine immigrante.

À l'intérieur du premier chapitre, nous analyserons ainsi dans quel contexte social et démographique s'inscrit cette question des malentendus de communication impliquant la population d'origine immigrante. Pour ce faire, l'historique de l'immigration canadienne et québécoise sera brossé dans le but de situer la problématique des difficultés de communication au sein des différentes transformations sociales qui ont façonné la société multiethnique actuelle. Dans un second chapitre, deux disciplines, la sociolinguistique et la sociologie du langage, seront distinguées afin d'envisager comment elles appréhendent les difficultés de communication, de même que les interactions sociales. Dans un troisième chapitre, nous nous pencherons sur les recherches déjà existantes portant sur la communication interethnique dans le domaine des services sociaux et de la santé. De là, les principales perspectives développées dans la littérature pour la compréhension des problèmes de communication en contexte multiethnique seront étudiées. Nous préciserons ensuite, dans un quatrième chapitre, notre question de recherche et notre méthodologie. Dans un cinquième chapitre, notre enquête et nos résultats de recherche seront présentés. Enfin, dans un dernier chapitre, nous considérerons l'apport des différentes approches disciplinaires pour la compréhension des difficultés de communication et exposerons comment l'optique de la

sociologie du langage arrive à dégager des pistes explicatives autres que linguistiques et culturelles aux malentendus de communication.

PROBLÉMATIQUE

Montréal reçoit depuis des décennies une bonne fraction de l'immigration canadienne et québécoise¹. En outre, cette ville a accueilli une vaste immigration européenne qui a considérablement décliné durant les années 1960 et 1970. Effectivement, environ 90% de ceux qui ont immigré avant 1961 proviennent d'Europe, de pays tels que l'Italie, la Grèce et le Portugal. Or, cette proportion a chuté à 68% parmi les immigrants dans les années 1960, et à 33% dans les années 1970 (Recensement, 1996). Les immigrants nés en Europe comptent pour seulement 19% des immigrants tant dans les années 1980 que dans les années 1990. De fait, l'immigration de la fin des années 1980 et des années 1990 est devenue davantage diversifiée. De «nouveaux immigrants», c'est-à-dire des immigrants autres qu'euro-péens (tels que ceux nés en Asie et au Moyen-Orient) arrivent en grand nombre au pays, et conséquemment, à Montréal² (Recensement, 1996).

D'après l'Institut de la Statistique du Québec, la population de la province s'élève en 1996 à 7 138 795 habitants, répartis dans 17 régions administratives. Le Québec compte, en 1996, 9.4% d'immigrants, 90.0% de non-immigrants et 0.6% de résidents non permanents, c'est-à-dire des visiteurs étant au Québec pour un séjour temporaire (par exemple, des touristes, des voyageurs d'affaires, des étudiants et des travailleurs temporaires). Au cours de cette même année, on dénombre dans l'ensemble de la

¹ En 1996, Montréal affiche la troisième plus grande population immigrante parmi toutes les régions métropolitaines du recensement. Au premier et au second rang, on retrouve respectivement les villes de Toronto et de Vancouver (Recensement, 1996).

² Entre 1991 et 1996, plus de la moitié (57%) des immigrants rentrant au pays proviennent de l'Asie et du Moyen-Orient. Parallèlement, à Montréal, quatre nouveaux immigrants sur dix sont nés en Asie et au Moyen-Orient, formant ainsi pour la métropole, le plus grand groupe d'arrivants (Recensement, 1996).

province 664 495 personnes immigrantes, soit 137 360 personnes de plus qu'en 1986. Pour la période de 1986 à 1996, l'augmentation du nombre d'immigrants (+ 26.1%) est nettement supérieure à celle des non-immigrants (+ 6.9%). Au Québec, les régions qui présentent les plus grandes proportions d'immigrants sont celles de Montréal (26.5%), de Laval (14.6%) et de la Montérégie (6.1%). En effet, selon l'Institut de la Statistique du Québec (1999), la région de Montréal rassemble 462 905 immigrants, ce qui correspond à près de 70% de la population immigrante québécoise. Ainsi, dans l'ordre, Montréal, Laval et la Montérégie sont en 1996 les trois régions du Québec qui ont accueilli sur leur territoire les plus importantes cohortes d'immigrants en provenance des différents continents. À une exception près, l'Estrie, qui se situe au 3^e rang des régions ayant reçu le plus grand nombre d'immigrants originaires des États-Unis (ISQ, 1999).

Sur le plan linguistique, d'après l'Institut de la Statistique du Québec (1999), c'est la région de la Montérégie qui détient, en 1996, le nombre le plus élevé de personnes de langue maternelle française (1 067 480 personnes). Quant à la région de Montréal, elle regroupe le plus grand nombre de personnes dont la langue maternelle est l'anglais (314 520 personnes) ou une autre langue³ (467 960 personnes). En 1996, au Québec, 81.9% des citoyens sont francophones⁴ (5 770 915 personnes), 10.1% sont anglophones⁵ (710 970 personnes), 5.8% sont allophones⁶ (411 010 personnes), puis 2.2% emploient plus d'une langue au quotidien (152 185 personnes). Enfin, il est à souligner que Montréal a

³ D'après l'Institut de la Statistique du Québec (1999), plus d'une centaine de langues sont parlées à Montréal.

⁴ La population dont la langue d'usage est le français (ISQ, 1999).

⁵ La population dont la langue d'usage est l'anglais (ISQ, 1999).

⁶ La population dont la langue d'usage est une autre langue que le français ou l'anglais (ISQ, 1999).

connu, entre 1986 et 1996, la plus grande augmentation sur son territoire du nombre d'allophones (+ 93 005 personnes) au Québec. De surcroît, au Québec en 1996, 1.1% de la population (74 270 personnes) ne peuvent converser dans aucune des deux langues officielles du pays, soit ni en français ni en anglais (ISQ, 1999).

C'est au cœur de cette métropole, riche en diversité ethnique, culturelle et linguistique, que nous nous proposons d'élaborer la question de la communication. Une communication empreinte des changements démographiques et linguistiques qu'a connus, ces dernières années, la société québécoise. Une communication ainsi tributaire d'une proportion considérable d'immigrants ne pouvant s'exprimer dans aucune des deux langues officielles du pays. La présence de ces immigrants incapables d'exprimer, par exemple, leurs besoins, douleurs ou demandes, nous pousse à envisager la communication sous divers angles, dont celui de la sociologie. En outre, nous nous questionnerons à savoir quel est l'apport de la linguistique et de la sociolinguistique, sous leurs différentes versions, et quel est l'apport de la sociologie, mais surtout de la sociologie du langage dans le ou les problèmes qui se posent dans la communication. Alors, c'est à partir du contexte social québécois et plus particulièrement montréalais que nous nous intéresserons à la communication interethnique. Une communication, comme nous le verrons plus tard, abondamment définie et analysée par plusieurs chercheurs (psychologues sociaux, linguistes ou sociolinguistes) mais qui, nous le croyons, mérite davantage un examen social que linguistique ou psychologique. Un regard sociologique, c'est-à-dire une attention portée aux faits sociaux humains, sera donc posé sur les situations de communication, spécifiquement entre les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et les patients d'origine immigrante.

Dans les domaines de la santé et des services sociaux, l'expression de sa détresse, de son malheur ou de son malaise est déterminante, voire cruciale pour quiconque désirant recevoir de l'aide et du réconfort. Le non-partage d'un même système linguistique par l'intervenant et le client peut engendrer des situations d'incompréhension entre les deux interlocuteurs. À plus forte raison, cette difficulté à s'exprimer du client d'origine immigrante peut s'avérer un obstacle de taille à l'accessibilité même des soins et des services dont il a besoin. Dans une telle dynamique de communication, les propos tant du client d'origine immigrante que ceux de l'intervenant peuvent être, totalement ou partiellement, mal saisis ou mal perçus. Ainsi, l'interaction entre l'intervenant et le patient dépend généralement de la compréhension de ces derniers, c'est-à-dire de la compréhension de la demande d'aide par l'un et de la compréhension du processus social ou médical à suivre par l'autre. Si l'entendement n'advient pas entre les deux interlocuteurs, le problème ou la requête du soignant sera probablement irrésolu ou non comblé. En conséquence, l'intervention risque de ne pas réussir. De plus, il est à préciser que comprendre l'autre peut impliquer davantage que la simple compréhensibilité de sa langue, de ses propos. Comprendre l'autre, c'est peut-être aussi s'engager à devenir plus réceptif ou plutôt devenir réceptif de manière différente envers autrui. Donc, au-delà de la divergence linguistique, tout un système de valeurs, de normes et de coutumes peut prendre place et interférer au niveau de la communication, et par le fait même, au niveau du processus de la compréhension des échanges.

Ceci étant dit, il est tout de même difficile de concevoir comment une personne ne pouvant parler ni le français ni l'anglais peut parvenir, au Québec et plus spécifiquement à Montréal, à obtenir les services et les soins qu'elle requiert. Dès lors, qu'implique la communication interethnique? Existe-t-il, réellement, des différences

importantes entre une communication de natifs (locuteurs partageant une même langue) et la communication interethnique? La communication interethnique contient-elle une marge de manœuvre plus large ou encore une zone d'incertitude plus grande pour l'intervenant qu'une communication entre deux locuteurs partageant le même système linguistique où les confusions peuvent être plus aisément dissipées? En ce sens, les intervenants travaillant auprès de la clientèle immigrante tiennent-ils compte de ces incertitudes? Pour leur part, comment les patients d'origine immigrante gèrent-ils la probabilité d'être mal compris et conséquemment mal orientés ou diagnostiqués par le professionnel du domaine des services sociaux et de la santé? Comment les intervenants et les patients vivent-ils les difficultés de communication et leurs possibles conséquences? Sont-ils, du moins, conscients de ce que pourrait entraîner un malentendu de communication majeur sur l'état physique ou psychologique du patient?

Mais au-delà de ces préoccupations d'ordre pratique, il serait peut-être plus approprié de considérer avant tout comment les intervenants et les clients immigrants éprouvent ces difficultés de communication? Comment peuvent-ils surmonter ou contourner les difficultés de communication? Également, il nous semblerait intéressant de percevoir en quoi consistent ces malentendus de communication? Ou encore découvrir qu'est-ce qui sous-tend, concrètement, les difficultés de communication? Entre autres, dans ce mémoire, nous tenterons de voir, d'un point de vue sociologique, comment aborder et étudier ces problèmes de communication et comment répondre à ces interrogations que soulève la présence, dans notre société, d'immigrants éprouvant de la difficulté à converser dans l'une ou l'autre des deux langues officielles du pays.

Avant de préciser notre question de recherche, nous nous proposons d'envisager le contexte social de la société québécoise. Tout d'abord, nous nous pencherons sur l'historique de l'immigration canadienne et québécoise dans le but de percevoir les différentes vagues migratoires qui ont contribué à la constitution de notre société multiethnique actuelle. Ainsi, nous effectuerons un panorama historique de l'immigration au Canada et au Québec dans l'objectif d'observer, à travers le temps, la formation et l'enchaînement des divers changements démographiques et linguistiques se répercutant encore aujourd'hui au Québec et plus particulièrement à Montréal. Donc, les diverses tendances récentes et moins récentes en immigration seront étudiées en rapport avec le Canada, le Québec et Montréal. Par la suite, nous examinerons divers documents ministériels portant sur les difficultés de communication entre les intervenants et les clients d'origine immigrante. Comme nous le constaterons plus loin, c'est sous la problématique de l'accessibilité des services sociaux et de santé que le gouvernement relèvera l'existence des malentendus de communication entre les professionnels du domaine des services sociaux et de la santé et les clients d'origine immigrante. Enfin, nous ferons état de recherches, provenant de différentes disciplines, qui portent sur la communication interethnique, ainsi que sur les malentendus de communication. À la lumière de ce tour d'horizon, nous serons davantage en mesure d'identifier ce qui a été peu développé dans les recherches sur les difficultés de communication. De cette manière, nous croyons être davantage capables d'établir un plan de recherche qui nous dirigera, nous l'espérons, vers une meilleure appréhension des difficultés de communication en contexte multiethnique.

CHAPITRE I

L'immigration et les services sociaux et de santé au Québec

1.1 L'immigration canadienne et québécoise

Les immigrants du Canada représentent, depuis longtemps, une part démographique importante du pays. Effectivement, la proportion de la population immigrante au Canada se maintient, depuis 1867, autour de 15% (Masi, 1992).

De ce fait, plusieurs vagues d'immigration ont marqué l'histoire du Canada et du Québec. Toutefois, comme nous le verrons, l'impact de l'immigration des années 1980 se fait toujours ressentir dans la société québécoise, et par le fait même, dans notre système hospitalier.

D'après le MCCI (1990b), au XVIIIe siècle, l'immigration était avant tout perçue comme un mouvement canadien lié au peuplement et au développement de l'Ouest canadien. De ce fait, les immigrants passaient provisoirement par le Québec, porte d'entrée de l'immigration, mais aussi terre de transit. Historiquement, c'est à partir du XIXe siècle, soit avec les vagues successives d'immigration formées majoritairement de Britanniques (Anglais, Irlandais et Écossais) que le phénomène de l'immigration prend racine au Québec (MCCI, 1990b). Ainsi, en 1901, la population québécoise est composée à 80% de personnes se déclarant d'origine française et de 18% de personnes se réclamant d'une origine britannique.

Sur le plan des entrées internationales, le nombre d'immigrants pendant la première décennie du XXe siècle (1901-1911) totalise plus de 1.75 millions d'immigrants rentrés au Canada dont quelque 14%, soit 245 000 personnes, manifestent à l'admission le désir de s'établir au Québec (MCCI, 1990b). Cependant, au

recensement de 1911, le Québec n'en dénombre guère plus que le quart et le Canada un peu plus de la moitié des admissions enregistrées. Ainsi, après un bref séjour au Canada, les immigrants ont gagné les États-Unis et ceux qui étaient en transit au Québec ont pris plus particulièrement la route vers l'Ontario et les provinces plus à l'Ouest.

Selon le MCCI (1990b), au cours de la grande dépression économique des années 1930, l'immigration internationale a été moins importante, toutefois le mouvement a repris de l'ampleur au détour de la Seconde Guerre mondiale. En effet, il faut souligner les arrivées importantes de membres de la communauté juive et italienne et déjà observer que la diversification selon l'origine ethnique s'est amorcée dès les années 1950 avec les vagues importantes de l'immigration en provenance de l'Europe du Sud, en particulier de l'Italie, de même que de la Grèce et du Portugal⁷. Selon le MCCI (1990b), entre 1946 et 1961, la majorité des immigrants admis au Québec provenaient du continent européen. On retrouvait au premier rang les Italiens (77 500 personnes), au second rang les personnes d'origine britannique (75 800 personnes) et au troisième rang les Allemands et les Autrichiens (47 800 personnes). Ensuite venait l'immigration d'origine française (32 000 personnes) et celle d'origine juive (28 500 personnes). Si bien qu'en 1961, la population québécoise selon l'origine ethnique s'est visiblement diversifiée, puisque 81% de la population se déclare d'origine française, 11% d'origine britannique et déjà 9% se déclare d'origine autre que française et britannique (MCCI, 1990b).

⁷ Au cours des années 1950, les difficultés économiques de l'Europe méridionale poussent nombre d'Italiens, de Grecs et de Portugais à l'émigration. Parallèlement, le gouvernement canadien encourage ces mouvements migratoires en subventionnant le transport des immigrants et en accordant des prêts d'indemnités de passage. C'est que le Canada connaît une période économique prospère dans la foulée d'une industrialisation rapide où les besoins en main-d'œuvre sont pressants (MCCI, 1990b).

Le MCCI (1990b) constate qu'avec le début des années 1960, le mouvement d'immigration accuse une baisse en raison de l'essoufflement de la situation économique canadienne. Néanmoins, les années 1960 sont également et surtout celles d'une évolution fondamentale où les pratiques canadiennes d'immigration se départiront de leurs caractéristiques préférentielles quant à la provenance des immigrants en élargissant, en 1962, l'application des critères à tous les immigrants non parrainés, puis en 1968, en définissant une grille de sélection d'application universelle qui renferme des critères objectifs ou non ethniques visant à assurer une immigration choisie en fonction des besoins économiques et de la demande sur le marché du travail. D'après le MCCI (1990b), entre 1962 et 1969, la diversification en termes d'origine nationale se renforce au sein des origines européennes. En ce sens, au cinq premiers rangs des entrées internationales on retrouve l'Italie (16%), la France (15%), le Royaume-Uni (12%), la Grèce (8%), les États-Unis (7%), suivis de près par les Antilles (5%) et l'Égypte (4%). En 1967, l'Expo universelle tenue à Montréal favorisera une recrudescence ponctuelle, puis en 1968 et 1969 les réfugiés tchécoslovaques augmenteront les efforts d'accueil consentis. Malgré ce fait, pour les années 1960, le volume annuel moyen admis au Québec de quelque 28 800 personnes est en baisse de 13% par rapport à la décennie précédente (MCCI, 1990b).

Au cours des années 1970, la baisse du mouvement d'immigration continue. En effet, le Québec accueille en moyenne 23 000 immigrants annuellement, soit 20% de moins qu'au cours des années 1960 (MCCI, 1990b). À cette époque, l'économie québécoise est en pleine et difficile mutation (chocs pétroliers, situations sur le marché du travail en détérioration d'où des restructurations nécessaires dues aux arrivées importantes de nouveaux travailleurs, soit les jeunes et les femmes) et, de ce fait, avait

peine à absorber les nouveaux arrivants. Parallèlement, selon le MCCI (1990b), les critères de sélection de l'immigration étaient pan-canadiens, reflétant alors les besoins économiques et de main-d'œuvre des régions canadiennes, besoins qui ne correspondaient pas nécessairement à ceux du Québec. C'est pourquoi, d'après le MCCI (1990b), le Québec a négocié avec le fédéral des ententes successives lui permettant d'être de plus en plus actif sur le terrain pour mieux contrôler son immigration, d'abord en tant qu'informateur (1971), ensuite en tant qu'aviseur (1975) et enfin en tant que maître d'œuvre de la sélection à l'étranger (1978).

Or, jusqu'aux années 1960, les immigrants du Québec proviennent en majorité des pays européens de l'Ouest et du Sud. Cependant, à partir des années 1970, la population immigrée au Québec est issue majoritairement des pays du Tiers-Monde (Bibeau, 1987). Principalement, des Antillais, des Chiliens, des Africains, des Asiatiques et des Latino-Américains franchissent les frontières du Canada et du Québec (MCCI, 1990a).

Le début des années 1980 est marqué par la sévère crise économique qui affecte le marché du travail québécois. Marché qui sera incapable d'intégrer tous ces nouveaux arrivants et qui devra finalement forcer une politique d'immigration québécoise restrictive jusqu'en 1986 (MCCI, 1990b). Ainsi, entre 1981 et 1985, le Québec accueille moins de 18 000 immigrants par année. Ces entrées, d'après le MCCI (1990b), correspondaient à un «volume plancher» permettant le respect des principes de réunification familiale et de tradition humanitaire du Québec. De 1986 à 1989, les volumes d'immigration du Québec progresseront significativement. Cette hausse est attribuée, d'après le MCCI (1990b), à la régularisation administrative des revendicateurs du statut de réfugié (entre 1986 et 1988, quelque 7 400 personnes), mais aussi en raison

du nombre plus élevé des admissions annuelles de candidats à l'immigration de la catégorie des indépendants, soit selon le MCCI des candidats avec un «potentiel d'adaptabilité professionnelle» et «d'entrepreneurship». De ce fait, entre 1986 et 1988, le Québec a accueilli environ 26 500 immigrants annuellement comparativement à 33 600 immigrants en 1989 (MCCI, 1990b).

Parallèlement, au cours des années 1980, la diversification en termes d'origine nationale s'est accélérée. De façon générale, l'immigration en provenance des pays méditerranéens de l'Europe n'a cessé de s'affaiblir. En effet, un seul pays européen, la France, se retrouve désormais dans le rang des principaux pays de naissance des immigrants au Québec (MCCI, 1987). Ainsi, pour l'ensemble de la période de 1980 à 1986, c'est Haïti, avec près de 16 000 nouveaux arrivants, qui se classe au premier rang des pays de naissance des immigrants au Québec. Au second rang, se retrouve le Vietnam avec près de 12 000 personnes. Ensuite, seuls la France et le Kampuchea ont fourni plus de 5 000 immigrants. Toutefois, il faut ajouter qu'on retrouve le Liban et les États-Unis, peu après ces pays, avec quelque 4 000 immigrants. Viennent finalement par ordre d'importance le Royaume-Uni, l'Inde, la Pologne, l'El Salvador, la Chine populaire, le Maroc, le Portugal, le Laos et l'Iran⁸ (MCCI, 1987). En bref, dans la foulée des années 1980, les immigrants arrivent d'une cinquantaine de pays différents, ne parlant de surcroît, dans un pourcentage d'environ 41%, ni le français ni l'anglais (MCCI, 1991).

En somme d'après le MCCI (1990b), entre 1968 et 1989, on assiste à un

⁸ D'après le MCCI (1987), tout au cours de ces années, l'ordre des principaux pays de naissance des immigrants a beaucoup varié, à l'exception de Haïti qui se retrouve soit au premier rang ou au deuxième rang, et du Vietnam qui s'est maintenu dans les cinq premiers rangs.

renversement significatif de l'immigration au Québec, selon le continent de provenance des immigrants. Effectivement, à la fin des années 1960, l'Europe constituait plus de 60% de l'immigration admise au Canada et au Québec, tandis qu'à la fin des années 1980, son poids relatif voisine 20%. Par contre, le continent asiatique, d'où provenaient à peine un peu plus de 10% des immigrants accueillis durant les années 1970, compte pour près de la moitié de l'immigration à l'aube des années 1990.

D'après les données du recensement de 1996, entre 1991 et 1996, plus d'un million d'immigrants sont venus s'établir au Canada (1 039 000 personnes). Les immigrants nés en Asie et au Moyen-Orient totalisaient plus de la moitié (57%) de ces nouveaux arrivants. Près du quart de ces derniers provenaient de l'Asie orientale, de pays tels que Hong Kong et la République populaire de Chine. L'Asie du Sud représente la seconde plus grande source des nouveaux arrivants nés de pays tels que l'Inde et le Sri Lanka. Ainsi, en 1996, les pays tels que Hong Kong, la République populaire de Chine, l'Inde, les Philippines et le Sri Lanka constituaient les principaux lieux de provenance des nouveaux arrivants. Enfin, les personnes nées en Europe comptaient seulement pour 19% des nouveaux arrivants (Recensement, 1996).

Or, d'après plusieurs auteurs dont Masi (1992), c'est seulement depuis les années 1980 que la diversité de l'immigration⁹ se fait davantage ressentir dans plusieurs sphères de la société, notamment la sphère de l'éducation et celle des services sociaux et de santé. Dès lors, le souci d'adapter les services sociaux et de santé à la nouvelle «réalité

⁹ Diversité en termes d'origines nationales autres que française, britannique et européenne.

ethnique» québécoise et surtout montréalaise¹⁰ est grandissant. C'est donc à partir des années 1980 que l'État s'intéresse de façon importante aux Québécois «de communautés culturelles¹¹». Effectivement, plusieurs rapports ministériels au sujet de la gestion des services sociaux et de santé concernant la clientèle multiethnique ont été produits par le gouvernement. Des solutions, des stratégies et des approches dites «interculturelles» ou «transculturelles» sont également développées afin de faciliter, entre autres, l'accès des immigrants aux services sociaux et de santé, puis aussi afin d'améliorer la communication entre soignant et soigné. Selon Lebel (1986), à l'aube des années 1990, l'enjeu du gouvernement est de taille, puisque les immigrants et les réfugiés, en plus de représenter une population considérable et variée, sont perçus par les intervenants des services sociaux et de santé comme une clientèle très demandante, «difficile, compliquée et obscure» (Lebel, 1986 : 82). Ces perceptions émergeraient de la non-convergence de leur langue et de leur culture avec celles du pays d'accueil. Dans le même ordre d'idées, d'après Iasenza (1991), les interactions entre soignant et soigné sont devenues complexes, voire «déroutantes» en outre parce que le besoin ou la demande d'aide de l'autre s'exprime de manière divergente linguistiquement et culturellement, c'est-à-dire de manière incompréhensible pour les intervenants :

¹⁰ Historiquement, les immigrants se sont établis, à plus de 85%, dans la région de Montréal (Recensement, 1996).

¹¹ C'est avec le plan d'action gouvernemental *Autant de façons d'être Québécois* (MCCI, 1981) que la notion de «communauté culturelle» est introduite. Notion autour de laquelle graviteront désormais toutes les politiques visant la population immigrée, incluant les stratégies d'accessibilité aux services sociaux et de santé. Le concept de la «culture» devient dès lors le pivot organisationnel de toutes les activités gouvernementales dans ce domaine.

Les intervenantes sociales sont appelées à intervenir auprès de personnes qui peuvent avoir de la difficulté à parler français ou anglais et qui plus est, n'expriment pas leurs difficultés et leur vécu d'une façon habituelle et connue que l'intervenante de la société d'accueil peut facilement comprendre et interpréter. [...] Il y a plusieurs dizaines de communautés différentes et plus d'une centaine de langues parlées au Québec. Est-ce qu'il faut connaître chacune de ces communautés pour pouvoir être une bonne intervenante? (Iasenza, 1991 : 65)

Ainsi, une réflexion sur le problème de l'adaptation linguistique et culturelle des services sociaux et de santé pour la clientèle immigrante au Québec s'engage. Cependant, le problème est considérable puisque si on exclut les grandes populations immigrées, celles formées par les Italiens, les Grecs, les Portugais, les Juifs et, plus récemment, celles formées par les Haïtiens, les Français, les Libanais, on remarque que les autres populations comprennent moins de 25 000 membres dispersés sur l'ensemble du territoire de l'île de Montréal (ISQ, 1999). Dès lors, doit-on connaître chacune de ces communautés pour pouvoir offrir des soins de qualité dans le respect de la langue et de la culture de l'autre¹²? Comment la communication entre intervenants du domaine des services sociaux et clients d'origine immigrante peut-elle procéder sans anicroche si ces derniers ne partagent pas une langue et une culture communes? Puis, au-delà des «obstacles» linguistiques et culturels, que cachent les malentendus de communication ? Quels types de rapports sociaux retrouve-t-on dans la relation entre intervenants et patients d'origine immigrante? En d'autres mots, quelle est la nature de leur relation

¹² Selon Jacob (1993 :8), «la culture n'est pas un «en soi» aseptique, décroché des réalités sociales, économiques et politiques. Dans les projets «multiculturalisant» (multiculturalisme canadien) ou «interculturalisant» (convergence culturelle au Québec), la culture est souvent réifiée, considérée comme un acquis général, un contenu équivoque applicable à tous les individus et à tous les groupes, à la rigueur un produit de consommation emballé selon des critères propres à chaque individu selon ses appartenances».

(relation de confiance, d'autorité, etc.)? Cette problématique, toutes disciplines confondues, demeure encore aujourd'hui trop peu développée par les chercheurs.

1.2 Une société en mutation...une société multiethnique

Outre les modifications au niveau de l'origine ethnique de la population, la société québécoise a connu plusieurs autres changements au cours des trente dernières années. En effet, elle a vécu des transformations au niveau de la structure familiale, des rôles et des mœurs sexuels, du taux de fertilité, de l'âge de la population, etc. (Langlois, 1999).

Des phénomènes tels que la dénatalité, le vieillissement de la population, puis surtout la provenance des immigrants de pays autres qu'euro-péens¹³ ont modifié grandement la composition socio-démographique de la société. D'après les données de Statistique Canada (*Québec 2000* : 143), pour la période de 1995-1998, l'origine nationale des immigrants qui entrent au Québec est fort diversifiée. La France se classe au premier rang des pays qui ont fourni un fort contingent d'immigrants (8.4%), viennent ensuite la Chine (6.2%), l'ex-Yougoslavie (6.0%) et l'ex-URSS (5.8%). De même, ces pays sont suivis de près par l'Haïti (5.6%), l'Algérie (5.5%), l'Inde (4.1%) et le Maroc (3.1%).

Lors du recensement de 1996, la population du Québec s'élevait à 7 138 795 habitants. Or, la population québécoise s'est déclarée à 81.5% de langue maternelle unique française. La population de langue maternelle anglaise, pour sa part, représente

¹³ Pour l'ensemble des périodes d'immigration, le Québec a accueilli plus d'immigrants d'Europe (287 705) que partout ailleurs dans le monde. Dans les faits, les vagues d'immigration européenne ont atteint leur apogée durant les années qui précèdent 1981, et particulièrement avant 1961. Après cette date, l'immigration européenne, quoique toujours importante au Québec, n'a pas cessé de régresser. Depuis le début des années 1980, c'est l'immigration asiatique qui a pris le dessus. Effectivement, elle est au Québec la seconde en importance avec un total de 169 035 immigrants, dont 72.8% sont arrivés après 1980 (ISQ, 1999).

8.8% de la population du Québec. Puis, les personnes de langue maternelle autre que française et anglaise, comptent pour 9.7% de la population du Québec (ISQ, 1999 : 5). Parmi cette dernière tranche de population, ceux qui ont déclaré avoir comme langue maternelle l'italien (130 070 personnes), l'espagnol (65 805 personnes), l'arabe (58 225 personnes), le grec (43 030 personnes) ou le chinois (40 520 personnes) sont les plus nombreux.

Enfin, contrairement à la «croyance populaire», il n'y a pas plus d'immigrants au Québec maintenant qu'il y en avait voilà vingt ou trente ans. C'est davantage la composition ethnique des populations immigrantes qui a changé et qui laisse croire à une immigration plus vaste, mais dans les faits davantage «hétérogène».

1.3 L'accessibilité des services sociaux et de santé aux communautés culturelles du Québec et les difficultés de communication entre intervenants et clientèle multiethnique

C'est par la problématique de l'accessibilité des services sociaux et de santé à la clientèle immigrante que les différents rapports ministériels abordent les difficultés de communication entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et

clients d'origine immigrante au Québec¹⁴. À ce sujet, un consensus existe entre ces divers documents ministériels quant à la «source» des «obstacles» entravant la communication : la barrière linguistique (faible compétence linguistique en français ou en anglais) et la distance culturelle (barrière au niveau des valeurs, des normes, des coutumes, des croyances) entre intervenants de la société d'accueil et clientèle multiethnique.

Partant de ce constat, l'État se devait d'adapter les services sociaux et de santé aux populations immigrantes de plus en plus nombreuses au Québec. En ce sens, la commission Rochon (1987), avait pour mandat, entre autres, de traduire la réalité des services sociaux et de santé vécue par les membres des communautés culturelles. Ces derniers, lors d'une consultation générale, ont pu exprimer leur vision des problématiques et des enjeux du système de santé et des services sociaux québécois dans le but de l'améliorer. Tout d'abord, les porte-parole des différentes communautés culturelles ont soulevé le fait que l'information n'est encore trop souvent disponible qu'en français et en anglais. Or, selon ceux-ci, on ne peut maintenir un service qui, en plus d'être peu connu, ne constitue pas un service accessible. De même, les membres des communautés culturelles déplorent le manque de sensibilité des différents intervenants du réseau face aux besoins spécifiques des communautés culturelles. En

¹⁴ Fait historique intéressant, le questionnement sur l'accessibilité des services sociaux et de santé à la clientèle multiethnique n'a été posé qu'en 1981. Année où le Comité d'implantation du plan d'accès à l'égalité à l'intention des communautés culturelles (CIPACC) procéda à une vaste consultation avant de proposer un plan d'action qui englobait l'accessibilité aux services sociaux et de santé. C'est ainsi que l'État ouvrit la porte aux réflexions et aux débats se référant à ce sujet (Gouvernement du Québec, 1981). En ce sens, c'est avec la Commission Rochon, mandatée en 1985 pour examiner et améliorer, entre autres, le fonctionnement du régime de la santé et du bien-être de la population que le sujet de l'accessibilité des services sociaux et de santé à la clientèle multiethnique prend réellement son coup d'envoi dans la littérature. Or, on constate qu'après 1992, ce sujet est quelque peu délaissé par les auteurs au détriment de celui concernant l'adoption d'une nouvelle politique de la santé et du bien-être. Cette politique deviendra le point de départ des transformations (nouveau cadre législatif, resserrement budgétaire, etc.) du système hospitalier encore en vigueur aujourd'hui (MSSS, 1996).

effet, outre les manquements parfois à des règles de courtoisie ou de politesse, les établissements sociaux et de santé ne tiennent pas compte des croyances religieuses et autres ou des habitudes alimentaires de certaines personnes d'origine immigrante. Le gouvernement, à ce sujet, a suggéré d'accomplir un «effort d'humanisation» des soins et services pour satisfaire la clientèle d'origine immigrante (Commission Rochon, 1987). Finalement, d'après le rapport Rochon, et conséquemment selon l'avis des membres des communautés culturelles, le personnel des établissements devrait refléter davantage la composition ethnique des quartiers ou des territoires desservis. De plus, aux dires des porte-parole des communautés culturelles, celles-ci sont enfermées dans un véritable cercle vicieux :

D'une part, elles n'utilisent pas les services avec la même fréquence que le reste de la population québécoise, soit parce qu'elles ne les connaissent tout simplement pas, soit parce qu'elles sont insatisfaites de l'accueil qui leur est réservé; d'autre part, les établissements ne jugent pas prioritaires la création et le développement de services adaptés aux besoins des communautés culturelles invoquant tantôt le manque de ressources, tantôt le volume insuffisant des demandes reçues (Commission Rochon, 1987 : 22).

Jacob (1992), dans une démarche descriptive, trace l'historique des services sociaux et de santé. D'après lui, le gouvernement, il y a dix ans, attribuait principalement les difficultés d'accès aux services sociaux et de santé, et par le fait même, les difficultés de communication entre le personnel et les patients immigrants, à la barrière linguistique et à la diversité des valeurs. D'après l'auteur, le gouvernement cherchait surtout à contourner ces «obstacles» en traduisant des documents d'information destinés au grand public et en créant des banques d'interprètes linguistiques et culturels, c'est-à-dire des interprètes en mesure non seulement de traduire linguistiquement les propos du soignant

comme du soigné, mais aussi de rendre compte de la culture de l'autre. Enfin, le gouvernement prônait également la collaboration des divers groupes ethnoculturels aux conseils d'administration du réseau des services sociaux et de santé.

Or, au début des années 1990 le MSSS situait les obstacles à l'accessibilité des services sociaux et de santé, d'après Jacob (1992), dans la transmission d'information aux diverses communautés culturelles, dans la faible représentation ethnique chez le personnel œuvrant dans ce domaine, au niveau des barrières linguistiques et culturelles, dans les lacunes au sein de la formation des intervenants, au niveau des difficultés d'évaluation des situations dans les communautés et dans la cohabitation mal définie des services publics et privés. Ces faiblesses dans le système se répercutent dans les interactions entre intervenants et clients d'origine immigrante, ce qui explique en grande partie les malentendus de communication.

Les solutions apportées par les différents rapports ministériels et par les divers chercheurs renvoient à l'urgence d'instaurer un dialogue interculturel. Aussi, ces rapports partagent l'optique de Bibeau (1987) qui prétend que les cliniciens et les intervenants doivent acquérir une «compétence» ou encore une certaine «sensibilisation» culturelle envers les immigrants afin de leur offrir un traitement adéquat. Également, les soignants doivent développer une «écoute culturelle¹⁵» basée sur une approche interprétative dans l'objectif de comprendre les problèmes et les besoins de la clientèle multiethnique. Parallèlement, les divers documents du MCCI (dont ceux de 1981, 1987, puis 1990) proposent «d'éduquer» la société québécoise, c'est-à-dire d'une part, de

¹⁵ Dans les documents consultés (Bibeau, Lebel, Jacob), «l'écoute culturelle» est à la fois synonyme de sensibilisation et synonyme de curiosité envers les valeurs et les croyances d'autrui. En bref, «l'écoute culturelle» est donc une sorte de «curiosité compréhensive» qui aiderait les intervenants à outrepasser les différences linguistiques et culturelles de leurs clients.

sensibiliser la majorité francophone à l'apport des diverses communautés culturelles au Québec. Puis d'autre part, de s'assurer que le ministère de l'Éducation offre des manuels d'histoire qui soulignent non seulement l'existence de Québécois d'origine autre que française et britannique, mais aussi leur participation active à l'évolution culturelle, sociale et économique du Québec.

En somme, on remarque (pour les années 1980 et au début des années 1990) que les problèmes liés à l'accessibilité des services sociaux et de santé sont surtout associés à une question de distance culturelle, d'où le discours des rapports ministériels et des chercheurs sur l'importance à accorder au dialogue interculturel, à l'écoute culturelle, puis à la compétence culturelle. Or, dans les documents produits par les différents ministères que nous avons consultés, ce dialogue et cette écoute interculturels sont synonymes d'ouverture, de rapprochement et de compréhension des valeurs d'autrui. Par contre, selon Jacob (1992), ce discours se définit de manière excessive dans une «perspective culturaliste». De fait, d'après lui, l'accent porté sur la distance versus la proximité culturelle est démesuré comparativement aux autres questions ou plutôt aux autres préoccupations touchant ce domaine, telle l'importance de connaître la situation sociale vécue par le nouvel arrivant ou l'importance de connaître son «vécu pré-migratoire». En ce sens, d'après Jacob, l'idéal serait de créer, dans les services sociaux et de santé, une approche qui tiendrait compte du social, du culturel, de l'économique et du politique entourant l'immigrant ou le réfugié.

Il est à noter qu'encore aujourd'hui, cette référence à la distance culturelle est très présente dans les recherches portant sur l'accessibilité des services sociaux et de santé

aux communautés culturelles du Québec. En ce sens, l'une des préoccupations majeures du gouvernement demeure les difficultés relationnelles entre les intervenants et les clients d'origine immigrante (Le Goff, 1997). Or, ces problèmes ne sont pas exclusivement dus, d'après Le Goff, aux différences culturelles et au non-partage du code linguistique, mais relèvent de plusieurs types de distance : des conditions de vie, de la façon de concevoir le système de santé, puis des circonstances de l'interaction entre intervenant et usager d'origine immigrante.

Selon Sévigny et Tremblay (1999), la compatibilité culturelle entre soignant et soigné et la qualité relationnelle des intervenants constituent deux dimensions importantes à l'adaptation des services sociaux et de santé aux clientèles pluriethniques. D'après les auteurs, l'expérience démontre qu'un service accessible d'un point de vue administratif ou politique peut être culturellement inadéquat. En effet, d'après Sévigny et Tremblay, des réactions de fuite ou de refus de la part des clients ou, plus tragiquement, des interventions nocives, voire destructrices témoignent de cette situation. L'enjeu est donc, d'après les chercheurs, «d'arriver à cerner les caractéristiques qui permettent d'inscrire les services dans un cadre de référence satisfaisant pour les clientèles en permettant des interventions réussies du point de vue de la santé et du bien-être psychosocial : prévenir, soigner, guérir» (Sévigny et Tremblay, 1999 : 88). Quant à la qualité relationnelle des intervenants, cela renvoie, selon les auteurs, à une capacité d'ajuster l'intervention à un ensemble de facteurs (par exemple, le nombre de patients à voir dans une journée, la qualité du matériel, le support, etc.) et à une capacité à s'ajuster à la complexité des identités sociales des clients (jeunes ou adultes, femmes ou hommes, membres de communautés culturelles ou non, nouveaux arrivants ou non, etc.). Dès lors, une approche sensible ou encore une

approche interculturelle commande un véritable dialogue entre l'intervenant et le patient, dialogue où un partage de leurs savoirs et connaissances est de mise. En d'autres termes, il s'agit ici, d'après l'optique de Sévigny et Tremblay, d'établir un travail d'équipe fondé sur la compétence de tous les participants, dans le but d'intervenir de façon satisfaisante auprès du client. Finalement, selon les auteurs, une meilleure connaissance des clientèles et de la relation intervenant-client dans le contexte pluriethnique favoriseraient l'adaptation des services, de même que la communication entre soignant et soigné.

Pareillement, la notion de «compatibilité culturelle» est élaborée par Roy et Montgomery (à paraître). Depuis les dix dernières années, les politiques gouvernementales sur l'intégration des nouveaux arrivants ont porté sur l'intégration individuelle des immigrants, ainsi que sur les inégalités sociales, plutôt que sur les différences culturelles des Québécois. D'après elles, ce changement de perspective s'est répercuté au niveau de la pratique avec la clientèle d'origine immigrante. Effectivement, ce changement a favorisé le développement de nouveaux modèles d'intervention. De plus, cette transformation a aussi ouvert la voie à ce que Sévigny et Tremblay ont appelé la «compatibilité culturelle» :

This transformation is also manifest in the development of new intervention models which extend the range of factors to be considered in practice with immigrants. In acknowledging the reciprocity of the practitioners-client relationship, these models also encourage a new openness in which both actors benefit mutually from one another's social codes, values, cultures, and histories. Each is recognised for who they are and can define themselves in terms of both differences and similarities. This openness facilitates the intervention relationship, which can only be enriched by this new conception of integration (Roy et Montgomery, à paraître : 20).

D'après Gravel et Battaglini (2000), depuis ces dernières années, les efforts du gouvernement, en ce qui concerne l'accessibilité des services sociaux et de santé ont surtout été orientés vers les relations interpersonnelles entre les intervenants et les usagers des services. Or, selon eux, l'intérêt gouvernemental est faible quant à l'adaptation des services à de nouvelles réalités ou à l'adéquation entre les programmes, les modèles d'intervention et les besoins des immigrants et des réfugiés, notamment par l'implication d'intervenants issus de groupes minoritaires et en tenant compte des différentes conceptions de la santé, de la maladie, de la vie, de la mort ou de l'éducation. Certes, selon les chercheurs, des efforts d'adaptation des services ont été réalisés au niveau linguistique, entre autres par l'embauche de professionnels appartenant aux groupes ethniques majoritaires de la région, de même que par le recours à des services de traducteurs. Néanmoins, la sous-utilisation des services par les personnes de groupes ethniques minoritaires permet de croire, d'après Gravel et Battaglini, que ces efforts restent insuffisants, et laissent entrevoir des barrières toujours existantes qui limitent l'accès aux services sociaux et de santé. Ces barrières renvoient, selon les auteurs, en premier lieu à la méconnaissance des ressources disponibles. Il est à mentionner que cette difficulté peut varier considérablement d'une communauté à une autre, ainsi que chez les nouveaux arrivants. En second lieu, les difficultés dites objectives (économiques, géographiques, administratives et linguistiques) limitent également l'accès aux services. Bien que le principe de gratuité ait résolu plusieurs problèmes au niveau économique, il reste que plusieurs familles ont de la difficulté à couvrir les frais de transport (autobus et métro), de gardiennage ou encore ne peuvent se procurer des vêtements adéquats pour la saison hivernale. D'un point de vue géographique, plusieurs personnes d'origine immigrante se plaignent du fait que les institutions sont trop loin de

leur demeure et que le temps pour s'y rendre est trop long. Aussi, certaines modalités administratives telles que les démarches pour avoir accès à un service, les horaires et l'éloignement entre les rendez-vous, représentent pour plusieurs des difficultés d'accessibilité. Enfin, les difficultés linguistiques, c'est-à-dire la méconnaissance de la langue française ou anglaise, les problèmes de compréhension (comprendre et se faire comprendre) diminuent directement les possibilités d'accessibilité des services sociaux et de santé. En troisième lieu, les problèmes linguistiques et de communication entravent l'accessibilité aux services.

Or, selon Gravel et Battaglini, la langue et la communication font référence à deux enjeux de nature diverse. La langue soulève la question de l'accessibilité et la communication celle de l'adaptation des services. Effectivement, une connaissance insuffisante de la langue française ou anglaise exclut l'individu de certaines campagnes promotionnelles. Par ailleurs, plusieurs services sociaux sont axés sur la discussion et les échanges. Lors de ces échanges, l'animateur doit choisir une langue commune, souvent le français ou l'anglais, excluant ainsi les allophones. En dernier lieu, le facteur lié à la perception et à la culture ne favorise pas l'accessibilité aux services à la clientèle immigrante. En effet, dans chaque société et dépendant de chacun, il existe des perceptions partagées et construites de la vie, de la mort, de la maladie, de la santé, etc. Or, il est autant difficile pour l'intervenant que pour l'immigrant de se départir de ces perceptions. De même, on fait référence à des besoins qui sont subjectivement construits en fonction de croyances, de perceptions, de valeurs et de normes sociales qui régissent les attitudes à l'égard de la santé, de la maladie, des problèmes personnels et sociaux. En d'autres mots, un construit culturel des besoins est également associé à la santé qui conditionne la logique de l'utilisation de ces services.

Enfin, il est primordial de souligner, selon les auteurs, que l'importance de chacun de ces facteurs limitant l'accès aux services peut différer d'un groupe ethnique à l'autre, et que de surcroît, ces facteurs peuvent être combinés chez un même individu ou au sein d'une même famille. Tout compte fait, selon Gravel et Battaglini, ces barrières sont certes culturelles, cependant elles sont aussi liées aux approches technocratiques, aux modèles d'intervention, à l'absence de perspective communautaire, à certaines formes de racisme et à la discrimination toujours présente à l'égard de la clientèle d'origine immigrante.

En conclusion, l'amélioration de l'accessibilité des services sociaux, l'adaptation culturelle de ces services, de même que la communication entre soignant et soigné constituent des processus qui soulèvent de nombreuses questions quant à leur potentiel et à leurs limites. Effectivement, jusqu'où faut-il aller pour rejoindre la clientèle immigrante, pour adapter les services, ainsi que pour réaliser une communication satisfaisante entre intervenant et patient d'origine immigrante? Ces préoccupations, selon Gravel et Battaglini (2000), sont dépendantes de l'idée d'une «accommodation raisonnable» entre les valeurs des nouveaux arrivants et les valeurs de la société d'accueil. Cependant, cette «accommodation raisonnable» est difficile à cerner, d'autant plus que les questions concernant l'accessibilité et l'utilisation des services sont particulièrement complexes, puisque même la population des groupes majoritaires semble sous-utiliser certains services de santé (Gravel et Battaglini, 2000).

CHAPITRE II

Linguistique, sociolinguistique et sociologie du langage

On considère habituellement la sociolinguistique comme un domaine de recherche relativement récent dont l'intérêt principal des chercheurs est d'étudier les façons de parler de groupes sociaux spécifiques reposant sur des données et des modèles d'analyse assez divergeants de ceux qu'emploient les linguistes (Gumperz, 1989). Or, il est à mentionner que ces deux domaines d'étude sont issus d'une même tradition intellectuelle. En effet, durant le XIXe siècle et la plus grande partie du XXe siècle, l'analyse du langage fit partie intégrante de la recherche sur les origines culturelles des groupes humains. Entre autres, ce genre de recherche correspondait à la volonté de légitimer les idéologies nationales des États nouvellement apparus en Europe centrale et en Europe de l'Est. En l'absence de sources écrites sur les formes culturelles traditionnelles, ainsi qu'en l'absence de publications relatives aux parlers locaux, on chercha à retrouver les cultures populaires disparues des temps anciens. Parallèlement à la quête de manuscrits inédits, la recherche de nouvelles données historiques permettant d'analyser l'évolution culturelle contribua au développement des études sur les parlers populaires à travers le monde (Gumperz, 1989).

En ce sens, les études portant sur le langage du XIXe siècle se concentrèrent surtout sur l'aspect évolutif des langues (Perrot, 1993). Dans le développement de la linguistique, ce sont les données historiques acquises sur le domaine indo-européen par les premières recherches comparatives qui ont permis, d'une part de dégager les processus d'évolution de ce groupe de langues, et d'autre part, d'éclairer l'évolution des langues en général (Perrot, 1993). C'est avec la découverte de l'existence d'une relation

de parenté ou encore de degrés de ressemblance entre la plupart des langues d'Europe et plusieurs langues de l'Asie qu'une linguistique, basée sur la grammaire comparée, marque les débuts de recherches minutieuses faites à partir de la comparaison de textes anciens très divers, ayant pour objet d'établir des correspondances entre les langues, c'est-à-dire des relations régulières, phonétiques ou morphologiques, qui prouvent une filiation génétique (Ghazi, 1985). Les chercheurs tentèrent, de plus, de remonter vers l'origine et l'évolution de cette famille de langues par des méthodes purement linguistiques et non métaphysiques comme il se faisait généralement à l'époque¹⁶.

Par ailleurs, vers la fin du XIXe siècle, le goût de l'observation exacte, l'analyse minutieuse du détail des faits se manifestèrent, à l'instar de la science historique, en linguistique et particulièrement dans l'étude des sons (la phonétique). En outre, l'apport de la phonétique fut d'établir que la régularité dans l'évolution des langues ne reposait ni sur la prononciation d'éléments sonores particuliers ni sur la définition détaillée des propriétés sémantiques de mots isolés (Gumperz, 1989). C'est d'abord avec le linguiste Rask et, après lui, Grimm que se précise l'exigence d'une analyse méthodique et historique des faits de langues. Entre autres, Grimm énoncera l'une des plus importantes lois phonétiques qui expliquera les principales correspondances entre les langues germaniques par une mutation survenue à la période de la préhistoire du germanique. Sa loi établira des relations systématiques entre les évolutions des consonnes indo-européennes en latin, en grec et en sanskrit (Ghazi, 1985). Par la suite, les linguistes

¹⁶ Il est à préciser, d'après Ghazi (1985) que pendant la «vogue comparatiste» on empruntait aux sciences naturelles leurs principes et leurs méthodes. Effectivement, pendant une cinquantaine d'années, le modèle biologique est appliqué au langage : les langues sont des organismes vivants qui naissent, croissent et meurent. Dans la nouvelle science linguistique, le terme important sera, durant un siècle et jusqu'à Saussure, le terme organisme et non, comme nous le verrons plus tard, celui de système ou de structure.

déplaceront la perspective de leurs recherches en s'attardant dorénavant à l'étude des lois régissant le passage d'un état de langue donné à un état suivant. Dès lors, la grammaire comparée deviendra la linguistique historique¹⁷, soit l'étude de l'évolution continue des langues (Ghazi, 1985). En bref, la langue ne sera plus rapprochée, comme avec la grammaire comparée, à un organisme biologique, mais à une institution, à une science historique (Ghazi, 1985).

Au XXe siècle, on assistera à la naissance d'une linguistique cherchant à expliquer le fonctionnement des langues comme un système de purs rapports. Appliquée à l'origine aux données phonologiques et morphologiques, l'analyse structurale fut rapidement étendue à plusieurs autres dimensions du langage. L'orientation fondamentale et la plus répandue de l'analyse structurale du langage prend sa source dans les idées élaborées par Ferdinand de Saussure. Pour Saussure (1962), le concept de la langue se distingue de celui de la parole, ainsi que de celui du langage. Selon l'auteur, la langue «est la partie sociale du langage [...], elle n'existe qu'en vertu d'une sorte de contrat passé entre les membres de la communauté» (1962 : 321). Ainsi, Saussure percevait la linguistique comme une science analysant la vie des signes au sein de la vie sociale¹⁸. De surcroît, il

¹⁷ La linguistique générale, science du langage, comporte selon Robins (1973), trois sous-branches : la linguistique descriptive, la linguistique historique et la linguistique comparée. La linguistique descriptive renvoie, d'après l'auteur, à la description et à l'analyse du fonctionnement d'une langue et de son utilisation par un ensemble de locuteurs à un moment donné. La linguistique historique, pour sa part, correspond à l'étude de l'évolution des langues au fil du temps, de la manière dont ces langues changent d'une période à l'autre, des causes et des effets de telles modifications, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de ces langues. Enfin, la linguistique comparée compare à partir d'un ou de plusieurs points de vue deux langues ou plus et, plus généralement, se penche sur les théories et les techniques qui s'appliquent à ces comparaisons.

¹⁸ Il est cependant curieux, selon Labov (1976), de remarquer que les linguistes suivant la tradition saussurienne, c'est-à-dire la majorité des linguistes, font abstraction de la vie sociale. Effectivement, les disciples de Saussure ont tenu à ce que les explications linguistiques se limitent aux interrelations des facteurs structuraux internes au langage.

est à noter, selon l'auteur, que les faits de parole ne peuvent s'observer qu'en examinant le comportement des individus au moment où ils utilisent la langue. D'où le paradoxe saussurien, selon Labov (1976) : l'aspect social de la langue ne s'étudie qu'au niveau individuel, mais l'aspect individuel ne s'observe qu'au niveau du contexte social. La science de la parole s'est peu développée; néanmoins, celle de la langue ainsi conçue, a remporté de nombreux succès depuis plus d'un demi-siècle (Labov, 1976).

Quelques années plus tard, l'étude de cette «langue abstraite» a pris un nouvel élan avec les travaux de Chomsky. En effet, Chomsky (1965), a repris la dichotomie saussurienne en l'appliquant à la connaissance dont dispose tout locuteur communiquant dans sa langue maternelle. Il a ainsi opposé la compétence, connaissance abstraite des règles de la langue, à la performance, choix et mise en œuvre de ces règles. En ce sens, pour Chomsky, la linguistique devint l'étude de la compétence langagière des locuteurs. Il faudra attendre surtout la deuxième moitié du XXe siècle pour que le «social», c'est-à-dire la partie vivante du langage soit véritablement considéré dans l'étude des langues et du langage (Labov, 1976).

Nous nous proposons, dans ce chapitre, de différencier deux disciplines s'intéressant à l'utilisation du langage et des langues : la sociolinguistique et la sociologie du langage. Entre autres, nous examinerons les différentes formes qu'a revêtues la sociolinguistique. Nous exposerons aussi, à l'aide de recherches, le domaine de la sociologie du langage. Enfin, nous mettrons en parallèle les particularités de ces deux domaines d'étude.

2.1 La sociolinguistique traditionnelle ou classique

Au courant de la sociolinguistique dite traditionnelle ou classique sont notamment associés les noms de Labov (1976, 1978) et de Gumperz (1982, 1989). La sociolinguistique classique est considérée, par ces auteurs, comme un champ d'investigation qui étudie l'usage du langage des groupes humains particuliers (Gumperz, 1989).

C'est avec Labov qu'un nouveau paradigme de recherche en sociolinguistique s'est développé. En effet, ses travaux ont introduit une linguistique à tendance éminemment sociale. D'après lui, l'étude de la langue est orientée selon deux tendances distinctes : la tendance sociale et la tendance «asociale» (Labov, 1976). Les linguistes de la tendance sociale, selon l'auteur, étudient notamment le rôle des facteurs sociaux dans les changements linguistiques. Ils considèrent, également, les changements linguistiques lors d'interactions et examinent leurs reflets sur les aires dialectales des locuteurs. Enfin, ils insistent aussi sur l'importance de la diversité linguistique au contact des langues et s'intéressent à leur évolution. Les linguistes «asociaux», quant à eux, expliquent plutôt les changements linguistiques par des facteurs purement internes, structuraux ou psychologiques. De fait, en isolant la communication de son contexte social, les linguistes «asociaux» pensent qu'il est possible d'étudier directement les changements phonétiques en cours d'interaction, et que de surcroît, cet examen ne révélera rien d'autre que les résultats d'emprunts lexicaux entre les diverses communautés linguistiques¹⁹.

¹⁹ Il est à préciser que pour Labov (1976), une communauté linguistique est un groupe de locuteurs d'une langue donnée qui partagent un ensemble d'attitudes sociales, c'est-à-dire les mêmes normes envers cette langue.

Les recherches de Labov (1976, 1978) ont démontré que les variations linguistiques sont attribuables au statut social de l'individu ou du groupe d'individus et au contexte social. D'après l'auteur, en observant la façon dont les gens se servent du langage, il est possible de constater une intersection entre les changements linguistiques et les changements sociaux. Effectivement, Labov a noté que le comportement linguistique se modifie en même temps que la position sociale du locuteur. Ainsi, un étudiant ne parlerait pas de la même manière à son professeur qu'il le ferait avec les clients de la brasserie où il travaille. Dès lors, selon l'auteur, la malléabilité du langage devient indicatrice du contexte social.

Cette malléabilité du langage est perceptible dans son étude portant sur le vernaculaire noir-américain²⁰. Dans cette recherche, Labov (1978) tente de vérifier l'hypothèse selon laquelle les jeunes Noirs de classes sociales défavorisées seraient «non verbaux», c'est-à-dire incapables de construire des phrases grammaticalement acceptables. Plusieurs auteurs avant lui, voulant expliquer les mauvais résultats scolaires des enfants Noirs des ghettos ont introduit, à l'aide d'études plus ou moins bien construites, la thèse du déficit culturel²¹. Ce déficit, au niveau du langage, s'est traduit dans la littérature par le concept de la «privation verbale»²² ou encore par l'hypothèse de la non-verbalité des jeunes élèves noirs (Labov, 1978). Or, par son étude, Labov prouve

²⁰ Par vernaculaire noir-américain, Labov (1978), entend le dialecte relativement uniforme parlé par la majorité des jeunes Noirs presque partout aux États-Unis, en particulier dans les divers quartiers de New-York, Boston, Détroit, Philadelphie, Washington, Cleveland, Chicago, etc.

²¹ Ce qui distingue les études antérieures de celles de Labov (1978), est le fait que les chercheurs, tout comme les enseignants et les directeurs d'école, nient l'existence d'un parler noir défini par ses propres structures. Parler qui constitue aujourd'hui une réalité linguistique et sociale aux États-Unis. Selon Labov (1978), il existe de nombreux traits relatifs à la prononciation, à la grammaire et au lexique qui se trouvent étroitement associés aux locuteurs noirs.

²² Conception selon laquelle les enfants noirs n'auraient pas de langue qui leur serait propre, mais fonctionneraient plutôt par un mode non logique de comportement expressif (Labov, 1978).

que la situation de communication est déterminante de la «verbalité» des jeunes noirs interviewés. Par exemple, lors d'une première rencontre, l'interviewer ne parvient pas à faire parler un enfant interviewé. Effectivement, ce dernier se révèle peu bavard, offrant à son interlocuteur des réponses brèves et monosyllabiques. Cependant, Labov se rend compte qu'en modifiant le cadre de la situation d'interaction²³, lors de la seconde interview, l'enfant augmente le volume de sa «verbalité», s'exprimant du coup de manière délibérée en composant des phrases complètes et logiques. Dès lors, l'interviewer arrive à évaluer la capacité linguistique réelle de l'enfant :

[...] la situation sociale est bien le déterminant le plus puissant du comportement verbal, [...] l'adulte qui désire découvrir ce qu'un enfant sait faire doit avant tout se mettre avec lui dans la relation sociale qui convient (Labov, 1978 : 124).

En conséquence, selon l'auteur, l'utilisation du vernaculaire noir-américain n'est pas révélateur de l'incompétence linguistique des jeunes locuteurs noirs. La thèse de la non-verbalité de ces jeunes serait, selon lui, un stéréotype ancré dans la société qu'on associerait à leur manière de s'exprimer, mais surtout cette thèse représenterait une mauvaise perception de la capacité verbale de ces jeunes, mauvaise perception découlant des résultats de recherche mal construites (Labov, 1978).

Gumperz (1982, 1989), partageant l'optique de Labov, considère que la sociolinguistique a pour objectif de mettre en évidence le caractère systématique de la

²³ Par l'emploi de techniques différentes telles que le fait de se mettre au même niveau que l'enfant, l'introduction de mots et de sujets tabous, la présence d'un ami et l'approvisionnement en chips font de l'interview une rencontre informelle (Labov, 1978).

covariance des structures linguistiques et sociales et, éventuellement, d'établir une relation de cause à effet :

[...] les paradigmes sociolinguistiques classiques commencent par isoler des caractéristiques particulières des façons de parler puis cherchent à démontrer qu'elles sont corrélées à des catégories extralinguistiques telles que le sexe, l'âge, le statut social ou le contexte discursif (Gumperz, 1989 : 153)...

Dans le même ordre d'idées, Gumperz (1982, 1989) affirme que l'identité sociale et l'ethnicité sont en majorité produites et reproduites par le langage²⁴. Effectivement, c'est parce que le processus par lequel les groupes se forment et construisent les symboles de leur identité est social que nous sommes en mesure de constater des façons de parler particulières. Autrement dit, le seul fait de comprendre les sources sociales particulières des divergences de langage suffit, d'après l'auteur, à rendre compte du caractère spécifique des pratiques communicatives, ainsi qu'à maîtriser les processus du changement linguistique. C'est par l'étude du langage comme discours interactionnel qu'il a été démontré, selon Gumperz (1989), que les paramètres de sexe, d'ethnicité et de classe sociale ne sont pas des constantes allant de soi, mais qu'elles sont plutôt formées dans un processus de communication. Dans l'objectif d'analyser et d'interpréter ce processus de communication, il existe, d'après l'auteur, trois traditions de recherche en sociolinguistique classique : l'ethnographie de la communication, l'analyse du discours et l'analyse conversationnelle.

²⁴ Par exemple, d'après Gumperz (1989), cette reproduction de l'identité sociale et de l'ethnicité par le langage peut se réaliser avec l'adoption et l'exagération d'un trait phonétique par un groupe se revendiquant d'une identité sociale en réaction à des pressions extérieures. Par exemple, la simple utilisation d'un mot peu courant, d'une tournure de phrase particulière ou d'une intonation distincte permet aux membres d'un groupe de s'identifier comme tels et de se reconnaître parmi eux.

Les ethnographes de la communication tentent de montrer comment les usages du langage sont commandés, telle la grammaire, par des règles. Cependant, ils ont tendance à considérer les événements de langage²⁵ comme des variables indépendantes extérieures au langage proprement dit. Selon cette perspective, l'analyse sociolinguistique reporte ces variables à des groupes sociaux particuliers. Néanmoins, l'ethnographie de la communication ne s'occupe ni des frontières séparant un groupe d'un autre, ni de la manière dont les membres reconnaissent eux-mêmes les événements de langage. Il est moins en question, ici, de s'interroger sur l'interprétation, que de montrer comment les normes sociales déterminent l'utilisation et la distribution des ressources communicatives (Gumperz, 1989).

L'ethnographie de la communication, en tant que champ d'étude rattaché à la sociolinguistique, a été élaborée par Hymes (1974, 1984). Les chercheurs associés à cette approche s'intéressent surtout à la langue en elle-même, telle qu'elle s'emploie, en décrivant et analysant notamment les schémas d'usage des langues et des dialectes au sein de cultures spécifiques. Selon Hymes, ce qui caractérise cette approche, comparativement à la sociolinguistique, c'est la perception des problèmes de communication comme relevant d'aspects culturels plutôt que d'aspects linguistiques ou sociaux :

²⁵ D'après Gumperz (1989), un comportement verbal est un événement de langage, c'est-à-dire une situation d'interaction verbale finalisée (limitée dans le temps et dans l'espace). Selon l'auteur, la variété des événements est fonction du niveau de différenciation que l'on peut atteindre. Ils vont des situations rituelles, où le comportement est en grande partie prédéterminé, aux échanges verbaux mineurs de la vie quotidienne. De plus, tout événement de langage est régi par des normes sociales qui déterminent les rôles des locuteurs, les droits et les devoirs à l'égard d'autrui, les sujets de discussion autorisés, les manières de parler appropriées et les façons d'introduire l'information. Enfin, il est à préciser que de telles normes sont spécifiques à un contexte et à un réseau d'individus donnés.

It is not that linguistics does not have a vital role. Analyzed linguistic materials are indispensable, and the logic of linguistic methodology is an influence in the ethnographic perspective. It is rather that it is not linguistics, but ethnography, not language, but communication, which must provide the frame of reference within which the place of language in culture and society is to be assessed (Hymes, 1974 : 4).

L'analyse du discours, quant à elle, correspondait jadis, à une tradition de recherche surtout marquée par son intérêt pour la théorie grammaticale et la sémantique pure. Or selon Gumperz (1989), elle se concentre aujourd'hui davantage sur ce que les locuteurs doivent savoir pour identifier actes, performatifs, questions, réponses, requêtes et suggestions. Les analystes du discours s'accordent pour dire que l'interprétation d'un acte de langage repose sur des présupposés extralinguistiques en même temps que sur une connaissance grammaticale. Ainsi, en identifiant ces présupposés, on en est venu à mettre l'accent sur la compréhension de textes plutôt que sur les phrases comme telles. De plus, cette tradition, à l'origine psycholinguistique, prend pour objet des individus appartenant à une culture donnée, parlant une langue ou un dialecte et faisant référence à leur connaissance du monde pour interpréter des énoncés. De là, divers mécanismes ont été proposés pour décrire les structures cognitives en jeu et montrer comment elles peuvent interférer dans l'interprétation. À l'image d'une pièce de théâtre, ces structures fonctionnent un peu comme une intrigue dramatique qui spécifie les fins et les sous-parties d'une action, ainsi que les rapports entre les actes, permettant au public de compléter l'information non spécifiée dans le contenu explicite des messages (Gumperz, 1989).

L'analyse conversationnelle, pour sa part, met l'accent sur les processus discursifs réels permettant de distribuer les tours de parole, de négocier les changements

de sujet, de gérer et de diriger le déroulement de l'interaction. D'après cette tradition, le savoir social se construit dans le processus même de l'interaction et les «interactants» créent leur propre monde en se comportant comme ils le font. Dès lors, la représentation de la conversation est celle d'un déroulement interactif dynamique, scandé par des transitions constantes d'une façon de parler à une autre : du bavardage à une discussion sérieuse, d'une dispute à une histoire humoristique, etc. En d'autres termes, les routines langagières servent ici de stratégies du discours conçues comme parties intégrantes de la gestion de la conversation (par exemple, pour terminer une conversation, il faut préparer le terrain pour la conclusion). Ainsi, selon Gumperz, l'analyse conversationnelle démontre que les événements de langage sont gouvernés par des règles de discours. C'est donc, d'après lui, en communiquant qu'on établit les conditions par lesquelles une interprétation deviendra possible.

Portant également son attention sur les aptitudes à la communication, ce même auteur a par ailleurs travaillé sur les stratégies du discours (Gumperz, 1982). Dans le but de cerner quelles stratégies permettent aux individus de percevoir et d'interpréter les informations communiquées par d'autres locuteurs, Gumperz s'est penché sur les phénomènes de malentendus de communication entre individus d'origines culturelles ou sociales différentes. Il a ainsi identifié divers «signaux» linguistiques et paralinguistiques qui, implicitement présents dans les séquences du discours, orientent les individus dans leur interprétation des interactions :

L'information sur les schémas d'interprétation est transmise à la fois par le contenu de la phrase et par des questions de forme, tels que le choix du dialecte ou du style du discours (Gumperz, 1989 :21).

Il est à souligner que Gumperz, s'appuyant sur les travaux de Birdwhistell et Hall, fait aussi intervenir les conventions prosodiques et les signes non verbaux dans l'interprétation des interactions, afin de mettre en lumière les informations transmises par les signes faciaux et corporels se dégageant des locuteurs :

Par la micro-analyse plan par plan d'un film on peut montrer que la communication dépend d'indices comportementaux ordinairement inaperçus et de postures qui ont une signification interactionnelle, c'est-à-dire sociale (Gumperz, 1989 : 22).

Enfin, il est aussi à noter que, selon l'auteur, les différents indices de contextualisation sont intériorisés au cours de la socialisation, au fil des expériences interactives dans des réseaux de relations. Ils sont donc, d'après lui, imprégnés des référents culturels ambiants.

L'un des domaines de recherche parfois inclus dans la sociolinguistique est celui de la sociologie du langage. Fishman (1972a) a participé à l'élaboration de la sociologie du langage comme une sous-discipline de la sociologie. Pour l'auteur, la sociologie du langage traite, entre autres, des facteurs sociaux majeurs et de leur interaction avec les langues et les dialectes. De même, elle aborde des questions ouvertes et des problèmes pratiques tels que le déclin et l'assimilation des langues minoritaires, l'apparition d'un bilinguisme stable, la standardisation des langues, les interactions de groupe, les comportements langagiers et les normes linguistiques²⁶ :

Also, sociology of language deals with quite a range of topics : small group interaction and large group membership, language use and language attitudes, and language-and-behavior norms as well as changes in these norms (Fishman, 1972a : 15).

En outre, Fishman (1972b) à l'aide de ses recherches en contexte plurilingue (Luxembourg, ville de New York), a démontré que les situations d'interaction portent les locuteurs (ou encore les acteurs sociaux) à occuper des rôles précis dans la conversation, à aborder certains sujets, en même temps qu'à utiliser des registres spécifiques de leur répertoire verbal²⁷. En observant les pratiques langagières des locuteurs, Fishman est ainsi parvenu à dégager une «norme d'usage» du répertoire disponible, conditionnée par des paramètres tels le lieu de l'interaction, le sujet de la conversation et les rôles des locuteurs participant à cette interaction²⁸. Il existe, d'après l'auteur, une répartition fonctionnelle des diverses langues ou des éléments du répertoire d'une même langue dans un champ social²⁹, alors que chaque interrelation invite les personnes à se souscrire à un type de conversation spécifique, ainsi qu'à adopter un rôle précis lors de la situation de communication. Donnant l'exemple de deux hommes travaillant dans le domaine de l'administration, Fishman (1972b) remarque ainsi :

²⁶ Il est à remarquer que les sujets de recherche qu'associe Fishman à la sociologie du langage sont également traités en sociolinguistique par plusieurs auteurs dont Gumperz.

²⁷ Cette notion de répertoire verbal est empruntée à Gumperz qui s'y réfère afin de nommer les variétés linguistiques, régionales, sociales ou fonctionnelles que maîtrisent un individu ou un groupe d'individus.

²⁸ D'après Fishman (1971), un des comportements sociaux les mieux connus dans le domaine linguistique, est la normalisation. La normalisation de la langue correspond à la codification et à l'acceptation, par une communauté de locuteurs, d'un système formel de normes qui définissent «l'usage correct» de la langue. La codification est alors du ressort des grammairiens, des professeurs, des auteurs. Elle dépend de groupes déterminés qui se forment dans les communautés les plus diversifiées et pour lesquels l'usage de la langue est conscient et conditionné par la profession. La codification est formulée pour toute ou une partie d'une communauté linguistique; elle est diffusée au moyen de publications officielles (grammaires, dictionnaires, listes orthographiques, manuels de stylistique...). En fin de compte, selon Fishman, l'acceptation de la variété linguistique formellement codifiée, ou normalisée, d'une langue est promue par l'État, les institutions scolaires, les mass média, etc.

The 'governmental administration' domain is a social nexus which brings people together *primarily* for a certain *cluster of purposes*. Furthermore, it brings them together *primarily* for a certain set of role-relations and in a delimited environment (Fishman, 1972b : 20).

2.2 La sociolinguistique critique

Singh (1998) analyse la sociolinguistique notamment pratiquée selon les perspectives de Labov (1976, 1978) et de Gumperz (1982, 1989), afin de rendre compte de sa propre vision de la sociolinguistique qui se veut une description de propositions concernant le langage («linguisticity») et la société («sociality»). La sociolinguistique proposée par Singh est une sociolinguistique critique qui remet en cause les études contemporaines portant sur l'interactionnalisme³⁰. Entre autres, l'auteur remarque qu'en sociolinguistique traditionnelle, l'étude des variations linguistiques fait abstraction des lois phonétiques sous-jacentes qui font partie du langage et qui sont, au surplus, spécifiques à certaines langues. De même, d'après Singh, l'interactionnisme classique ne tient pas compte des facteurs de «pouvoir» et «d'inégalité sociale» qui peuvent être présents lors d'une communication entre locuteurs d'origine ethnique divergente. Or, la «linguisticity» concerne la morphologie et les emprunts lexicaux. D'après lui, les variations linguistiques n'existent pas réellement ou du moins ne devraient pas être considérées comme telles, car pour qu'il y ait variations de langue, il faut établir, avant tout, des similitudes («sameness») entre les langues. Toutefois, selon l'auteur, certaines

²⁹ Fishman (1972a) conçoit cinq principaux domaines d'interaction : la sphère familiale, la sphère amicale, le domaine religieux, le champ de l'éducation et le domaine professionnel.

³⁰ L'approche interactionnaliste privilégie l'étude des comportements langagiers dans un contexte de situations de communication particulières. Cette approche évite de prendre le discours et la situation d'interaction comme étant le reflet de la structure sociale, mais tente de se consacrer davantage à l'étude des identités sociales dans les contextes de communication. Selon cette approche, c'est par l'observation du particulier, du singulier qu'il est possible de rendre compte des caractéristiques sociales des individus (Gumperz, 1989).

variations linguistiques sont signifiantes à l'intérieur d'un cadre phonologique spécifique ou à l'intérieur d'un système grammatical. De cette façon, l'anglais d'Irlande n'est point une variation de l'anglais, mais plutôt une partie intégrale d'un système partagé d'une même langue (l'anglais). Ainsi, d'après l'auteur, les différents dialectes ne sont que des systèmes phonologiques divergents.

La «sociality», d'après l'optique de Singh, correspond à la prise en compte du facteur de «pouvoir» dans les études portant sur les interactions interculturelles. Facteur généralement non reconnu par les chercheurs rattachés à la tradition classique de la sociolinguistique. De la même manière, l'interactionnisme relevant de cette approche pose problème, puisqu'on a tendance à présumer l'égalité sociale entre les locuteurs. Pour le démontrer, Singh (1998) reprend une étude interactionniste de Varonis et Gass (1985) portant sur les difficultés de communication entre deux locuteurs de langue anglaise (dont un est un locuteur non natif et l'autre un locuteur natif³¹). D'après la perspective classique de l'interactionnisme, le problème de communication qui surgit entre les deux locuteurs est un problème de compétence linguistique attribué au locuteur non natif de langue anglaise. Singh soulève, au contraire, que ce sont les facteurs de «pouvoir» et «d'inégalité sociale», intégrés dans la «socialité», qui introduisent un certain «blocage auditif», c'est-à-dire une certaine surdité chez le locuteur natif qui ne veut pas entendre ce que le locuteur non natif a à dire. Ce «blocage auditif» est

³¹ Cette distinction entre les locuteurs natifs et les locuteurs non natifs d'une même langue est courante dans la littérature sociolinguistique traditionnelle. Plusieurs auteurs, dont Gumperz (1982, 1989), considèrent que les différentes variétés de langue ne constituent pas une «langue native», une langue première. Par exemple, selon lui, les locuteurs d'anglais de Singapour, de l'Inde ou du Canada ne sont pas des locuteurs natifs de la langue anglaise. Effectivement, pour être un locuteur natif de langue anglaise, il faudrait plutôt parler l'anglais d'Amérique ou d'Angleterre. Or, Singh (1998) conteste cette manière d'entrevoir les diverses variétés de langue. D'après lui, «a native speaker of a language is a person who has relatively stable and consistent grammaticality judgements, which s/he shares with some other speakers, regarding structures and expressions alleged to be from his/her language» (Singh, 1998 : 108).

généralement ignoré par les sociolinguistes de l'approche traditionnelle. Pourtant, d'après Singh, ce «blocage» renvoie à la définition même de la communication, puisque pour l'auteur, un locuteur doit savoir communiquer, écouter et coopérer avec son interlocuteur pour qu'un entendement s'établisse.

En réponse à ce genre d'étude sociolinguistique qui envisage, de surcroît, la culture comme étant une chose «statique», «renfermée» et «objective» (Singh, 1998 : 97), l'auteur note que le principe de charité et d'humanité³² ne s'applique pas ou demeure en suspension lorsque nous sommes en présence de paramètres non linguistiques, tels que le pouvoir, l'hégémonie et la domination d'une personne ou d'un groupe sur autrui :

It is obvious that all differences do not cross the native speaker's threshold of reparability and that the Principles of Charity and of Humanity are applied or suspended according to the nonlinguistic parameters of power, hegemony, and domination (Singh et al., 1988³³ : 47).

2.3 Sociologie du langage

C'est dans une perspective sociologique que certains chercheurs, dont Bourdieu et Passeron (1964), ont vu dans les relations de communication la possibilité d'examiner les rapports hiérarchiques et les relations de pouvoir existant entre les divers groupes sociaux. Analysant les pratiques langagières d'individus d'appartenance ethnique, ethnolinguistique ou de classe sociale divergente, ces auteurs ont montré en quoi l'utilisation du langage et de langues particulières, collabore à la constitution et à la

³² Le principe de charité et d'humanité renvoie au concept de coopération de Singh (1998). En effet, selon lui, une communication ne peut réussir qu'avec la bonne volonté et la coopération des locuteurs humainement et charitablement impliqués dans une communication interculturelle et interethnique.

³³ Il est à mentionner que déjà dans cet article de 1988, Singh érigeait les bases de sa pensée sur la sociolinguistique. Pensée qui allait être davantage développée dans son livre, *Lectures Against Sociolinguistics*, publié en 1998.

reproduction de certains rapports sociaux ou encore, à la préservation de privilèges par certains groupes sociaux établis. Ainsi, ces chercheurs, en tentant de saisir l'aspect instrumental du langage, s'inscrivent dans la perspective de la sociologie du langage.

Bourdieu et Passeron ont, par exemple, mis en relief les enjeux sociaux associés à l'acquisition d'un savoir culturel et d'un parler universitaire (Bourdieu et Passeron, 1964; Bourdieu, 1982). C'est par l'analyse des inégalités sociales, mais aussi des inégalités culturelles que ces auteurs ont découvert que les institutions scolaires avaient tendance à desservir les intérêts de certains groupes sociaux, dans la mesure où elles privilégient et gratifient les étudiants qui ont acquis une «culture similaire» à celle enseignée à l'école. En d'autres termes, l'institution scolaire favorise les étudiants qui ont accès directement à la culture (par exemple par l'achat de livres, de billets de théâtre, d'opéra, etc.), généralement des étudiants issus de la classe bourgeoise et de la classe moyenne, au détriment de ceux issus de milieux populaires qui «apprennent» la culture à l'école :

Pour les individus originaires des couches les plus défavorisées, l'École reste la seule et unique voie d'accès à la culture, et cela à tous les niveaux de l'enseignement; partant, elle serait la voie royale de la démocratisation de la culture, si elle ne consacrait, en les ignorant, les inégalités initiales devant la culture et si elle n'allait souvent – en reprochant par exemple à un travail scolaire d'être trop «scolaire» - jusqu'à dévaloriser la culture qu'elle transmet au profit de la culture héritée qui ne porte pas la marque roturière de l'effort et a, de ce fait, toutes les apparences de la facilité et de la grâce (Bourdieu et Passeron, 1964 : 35).

Ainsi, pour Bourdieu et Passeron, le système scolaire avantage les groupes sociaux dont les pratiques langagières ne relèvent pas d'un apprentissage scolaire, mais plutôt d'une

éducation familiale privilégiée. Donc, il est plus aisé, selon les auteurs, pour certains élèves de se familiariser et de maîtriser le parler universitaire que pour d'autres, n'ayant pas eu la chance d'être élevés dans un milieu familial où la langue et la culture rejoignent ou dépassent les «standards scolaires». Ces étudiants socialement désavantagés devront, d'après Bourdieu (1982), effectuer plusieurs hypercorrections afin d'essayer de se conformer à la norme linguistique des institutions scolaires. Dès lors, l'institution scolaire en offrant aux étudiants provenant de classes supérieures une rentabilité maximale de leurs attributs linguistiques et culturels, en maintenant l'utilisation d'un code langagier difficilement abordable pour certaines couches de la société, puis en limitant les chances d'acquisition de ce code verbal, contribue à garantir la réussite scolaire des étudiants de condition privilégiée et du même coup, opère une élimination des classes défavorisées. En ce sens, pour Bourdieu et Passeron, la culture scolaire devient une culture de classe, puisque de l'école maternelle à l'université, l'impact des facteurs sociaux d'inégalités culturelles et linguistiques n'est pas pris en compte par le système éducatif. C'est pourquoi, selon eux, les étudiants ont des chances inégales de réussir leurs études. En bref, selon les auteurs, la préservation des intérêts de groupe permise par l'organisation institutionnelle du système scolaire s'effectue à travers une instrumentalisation de la langue scolastique (Bourdieu et Passeron, 1964).

Dans une démarche similaire, McAll (1992) et McAll et al. (1994) a également montré l'aspect instrumental du langage. Étudiant l'utilisation du langage dans les milieux du travail, McAll a su mettre en parallèle la compartimentation de ce marché linguistique. Comme nous le verrons dans le prochain chapitre c'est, selon l'auteur, par le biais de la structuration linguistique des emplois que certains groupes ethnolinguistiques sont

socialement avantagés ou désavantagés les uns par rapport aux autres. En ce sens, McAll considère qu'en observant les phénomènes langagiers issus de ce marché linguistique ou autres, il est possible de «lire» le social, de même que de percevoir l'agencement des rapports sociaux entre les collectivités.

Ainsi, selon McAll (1999), l'ambition de la sociologie du langage est de faire ressortir la place du social dans l'étude du langage et de ses interactions. Ceci donne lieu, d'après lui (1992), à un renversement de perspective, car il ne s'agit plus d'explorer les mécanismes langagiers comme tels, mais davantage de mettre en lumière la manière dont les comportements langagiers peuvent nous aider à mieux comprendre les rapports sociaux, «rapports qui se construisent, entre autres choses, *par* le langage» (McAll, 1992 : 118). Autrement dit, d'après McAll (1999), l'intérêt de la sociologie du langage est d'étudier les relations sociales, sans faire abstraction du langage, puisqu'il est au cœur même des relations sociales. Comparativement à la sociolinguistique, qui elle, examine le langage en faisant appel, si nécessaire, aux relations sociales pour expliquer les phénomènes langagiers :

Sociologists – and even sociologists of language (in so far as they exist) – are not interested in language as such, but in social relations. Language is of interest in so far as it is at the heart of social relations, being one of the principal means by which social relations are established, defined, communicated and transformed (McAll, 1999 : 593).

En somme, les linguistes ont généralement tendance à examiner les comportements langagiers, dont ceux engendrés par le contact des langues. Aussi, les recherches en linguistique, de même qu'en sociolinguistique, analysent les productions langagières spécifiques à une situation plurilingue, telles que l'alternance et le mélange de codes ou encore la pidginisation et la créolisation. Quant aux études en sociologie, elles rendent

davantage compte des relations de groupes, des statuts de groupes ethnolinguistiques et des structures sociales (Lefebvre et Hilly, 1997). Parallèlement, les recherches relevant du domaine de la sociologie du langage s'intéressent à la construction des rapports sociaux qui s'effectuent, entre autres, par le langage (McAll, 1992). De ce fait, dans la littérature, les écrits portant sur l'utilisation du langage et des langues semblent être abordés selon deux approches distinctes : celle qui traite du langage lui-même (le domaine de la linguistique et de la sociolinguistique) et celle qui cherche à comprendre les rapports sociaux à travers le langage (le domaine de la sociologie et de la sociologie du langage) (McAll, 1992).

Enfin, comme nous l'avons observé au cours de ce chapitre, le terme «sociolinguistique» peut être des plus imprécis. En effet, il recouvre, d'un auteur à l'autre, d'une perspective à l'autre, des travaux et des programmes très divers, jusqu'à se confondre souvent avec la «sociologie du langage». Mais, dans le terme «sociologie du langage», il y a «sociologie» et dans «sociolinguistique», il y a «linguistique» (Labov, 1976). Le relever, c'est choisir d'accorder la priorité soit au social et aux rapports sociaux, soit au langage et aux phénomènes langagiers. C'est également accepter de concevoir le langage comme une partie intégrante du social ou encore de considérer le langage et la société comme deux objets plutôt distincts.

CHAPITRE III

La recherche sur les difficultés de communication : enjeux, méthodes et résultats

Les difficultés de communication ne résident pas seulement dans le fait que les personnes d'origine immigrante parlent peu ou mal la langue de la société d'accueil, bien que cette réalité puisse naturellement exister. En outre, selon Frédéric (1990), les difficultés de communication peuvent être imputables à ce que ce type de communication mette en présence des personnes qui n'ont ni les mêmes habitudes communicatives, ni les mêmes systèmes culturels, ni les mêmes statuts sociaux. Ces personnes n'ont pas non plus les mêmes expériences vécues, mais à ce propos, elles partagent le lot de tous les locuteurs, étrangers ou non, qui participent à la part subjective du langage (Frédéric, 1990).

Plusieurs recherches portent sur la communication entre professionnels du domaine des services sociaux et de la santé et clients d'origine immigrante. Dans l'objectif d'allier de manière satisfaisante la communication interculturelle et interethnique avec la relation d'aide, ces recherches, comme nous le constaterons, s'inspirent de diverses disciplines et expérimentent différentes méthodologies (techniques) afin d'enrayer les malentendus de communication entre professionnels du domaine des services sociaux et de la santé et clients d'origine immigrante.

Faute de comprendre leurs demandes et leurs douleurs, et parfois même de pouvoir utiliser les techniques occidentales avec les immigrants, les soignants sont souvent confrontés aux sentiments d'impuissance et de découragement (Gailly, 1991). Leur désarroi les mène donc à collecter des informations quant aux langues et cultures des

clients d'origine immigrante, dans l'espoir «d'abolir» la «barrière culturelle». Dès lors, selon Gailly (1991), on apporte aux techniques traditionnelles (occidentales) des retouches non traditionnelles (non occidentales), en prenant en considération les diverses conceptions de la santé et de la maladie, de la religion et des relations entre les sexes afin d'offrir un traitement «acceptable» et adéquat selon les valeurs et les normes du patient immigrant.

Des chercheurs associés aux principales sciences sociales que sont la sociologie, la psychologie sociale, l'anthropologie et la sociolinguistique ont analysé les différents problèmes socio-médicaux émergeant du contexte de l'immigration. Chacune de ces disciplines ne se limite pas à identifier, voire à quantifier les divers problèmes selon un angle privilégié. De fait, elles tentent plutôt de comprendre et d'expliquer les circonstances et les causes des problèmes. En d'autres mots, les différentes approches n'envisagent pas toutes de la même façon les mécanismes complexes qui interviennent, notamment, dans la production de problèmes de communication. Effectivement, les recherches d'orientation sociologique relient, dans la majorité des cas, ce type de conflit aux caractéristiques sociales de l'individu (par exemple, la classe sociale, le revenu et le niveau de scolarité), alors que celles faites par les psychologues sociaux s'intéressent principalement aux attitudes des personnes face à certains comportements (comportement verbal et non verbal) ainsi qu'à leur vécu quotidien (Gailly, 1991). Dans les recherches d'orientation anthropologique, les chercheurs soutiennent l'idée selon laquelle le style de vie caractérisant une communauté culturelle peut se décrire à partir de variables comportementales, telles que les habitudes alimentaires et les pratiques religieuses. Par conséquent, une telle approche débouche sur les «modèles explicatifs culturels» (Gailly, 1991). Enfin, les sociolinguistes pour leur part considèrent les

difficultés de communication d'un point de vue linguistique et social. Effectivement, ils examinent les déterminants sociaux afin de définir les variables influençant la situation de communication ou encore les «aptitudes» à la communication des interlocuteurs immigrants, telles que la compétence linguistique des individus, leurs manières de parler, ainsi que les stratégies du discours des divers groupes ethniques. Dans le même ordre d'idées, plusieurs sociolinguistes dont Gumperz (1982) et Labov (1976), suggèrent l'idée selon laquelle le bagage ethnique et le bagage culturel influencent linguistiquement le locuteur, d'où la distinction courante dans la littérature sociolinguistique entre les locuteurs natifs et les locuteurs non natifs d'une même langue.

Or, nous verrons que dans la littérature, les difficultés de communication entre les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et la clientèle multiethnique semblent être abordées d'après au moins quatre perspectives : l'approche «culturaliste», l'approche psychologique, l'approche sociolinguistique et l'approche sociologique.

3.1 L'approche «culturaliste»

L'approche «culturaliste» est l'optique la plus exploitée dans les travaux sur les difficultés de communication entre intervenants et clients d'origine immigrante.

Effectivement, les principales sciences sociales, mais davantage l'anthropologie³⁴ et la psychologie sociale³⁵, traitent des difficultés de communication en des termes relevant de la notion de culture (valeurs, normes, croyances, coutumes). La «vision culturaliste» s'appuie sur l'idée que la culture et «l'ethnie» des gens influencent la nature des problèmes rencontrés par ces derniers et déterminent du même coup les objectifs et les limites du service social et de la santé desservi aux divers groupes. De plus, la perspective «culturaliste» englobe ce que plusieurs auteurs conçoivent comme «l'interculturel» ou le «transculturel». Ainsi, d'après Cohen-Émerique, psychosociologue, «l'interculturel» renvoie à :

Une relation entre deux individus qui ont intériorisé dans leur subjectivité une culture, unique à chaque fois, en fonction de leur âge, sexe, statut social et trajectoire personnelle. On ne rencontre pas une culture mais des individus et des groupes qui mettent en scène une culture, comme le professionnel, lui-même porteur de culture, met en scène son système de valeurs et de normes dans l'interaction avec le client. L'interculturel implique ainsi de reconnaître qu'il y a deux acteurs en présence et non un seul, le migrant, l'étranger (1993 : 72).

De ce fait, «l'interculturel» représente un processus de reconnaissance d'une altérité culturellement différente qui s'échelonne principalement sur trois paramètres : celui de la culture subjective et unique à chaque individu, celui de l'interaction entre deux

³⁴ Par exemple, un auteur tel que Lazarus (1998) étudie en quoi les différences culturelles sont importantes pour le médecin dans sa recherche d'informations et dans sa compréhension de la maladie de son patient. Lazarus constate notamment que les médecins et les patients sont conscients que la culture joue un rôle dans leur relation, toutefois tous deux ne partagent pas la même opinion quant à son importance sur la qualité des soins. Effectivement, les médecins prétendent que la «connaissance» de la culture de l'autre les aide à poser un diagnostic. Ainsi, d'après la recherche de Lazarus, les médecins affirment que la connaissance du contexte culturel du patient est une composante essentielle à sa guérison. Or, selon les résultats de recherche de Lazarus, les patients préfèrent séparer, quant à eux, la culture de la guérison.

³⁵ Par exemple, des auteurs tels que Gailly (1991) et Ong et al. (1995) prétendent que la maladie et la culture s'articulent étroitement. En effet, selon ces auteurs, pour pouvoir aider quelqu'un adéquatement, il faut connaître la signification de ses troubles, soit connaître la façon dont «s'enchaînent» sa maladie et sa culture.

acteurs, puis celui des différents statuts sociaux, économiques et politiques de ces acteurs. En ce qui concerne l'interaction entre deux acteurs d'origine ethnique différente, une approche dite «interculturelle» a été développée par plusieurs auteurs dans le domaine des services sociaux et de la santé. Cette approche se réfère à un processus d'aide aux populations immigrantes, processus d'aide effectué dans le respect de la personne immigrante, dans le respect de sa vision du monde, puis dans le respect de ses valeurs et de ses besoins (Cohen-Émerique, 1993).

Masi (1992) a noté que la majorité des modèles culturels tiennent compte de cinq facteurs. En premier lieu, le facteur renvoyant à l'échange d'informations entre l'aidant et l'aidé est associé aux modèles culturels. L'échange d'informations est composé de deux types de discours, c'est-à-dire d'une part le discours du patient qui informe son médecin de ses douleurs, puis d'autre part, le discours du médecin qui répond aux plaintes, aux maux de son client.

Dans le domaine des difficultés de communication entre patient d'origine immigrante et médecin ou intervenant, McAll et al. (1997) ont constaté que le facteur temps est perçu comme un obstacle considérable à l'échange d'informations entre l'intervenant et le client d'origine immigrante. En effet, très souvent lors des échanges entre soignant et soigné, le temps est limité. Évidemment, lorsque le client et l'intervenant ne partagent pas une langue commune, l'interaction s'avère plus «difficile» et par le fait même, requiert davantage de patience et de disponibilité de la part des deux personnes impliquées dans l'interaction. De surcroît, selon Masi (1992) le facteur temps peut influencer l'interprétation et l'approche qu'aura l'intervenant envers son patient.

Parallèlement, il est à remarquer que recevoir de l'information ne signifie pas nécessairement comprendre cette dernière. Ainsi, en second lieu, la compréhension des

informations transmises fait l'objet de recherche dans le domaine des malentendus de communication. En troisième lieu, l'empathie ou le «niveau d'empathie» des individus est aussi observé par les chercheurs. Toutefois, ce que Masi (1992) remarque au sujet de ce facteur, c'est que les différents auteurs font ressortir les deux facettes de l'empathie : la première facette correspondant à l'habileté à saisir le point de vue d'autrui et la seconde renvoyant à la capacité d'être concerné par les émotions d'autrui. En quatrième lieu, d'après Masi, le facteur du respect mutuel est abordé dans les études faites sous la perspective culturaliste. Cette idée de respect mutuel sous-entend le fait que le patient doit respecter le savoir et l'expertise du médecin ou de l'intervenant et en retour, le médecin doit aussi respecter les peurs et les croyances de son client. Enfin, le facteur de la confiance entre l'aidant et l'aidé est largement envisagé, d'après l'auteur, dans les modèles culturels surtout dans le domaine de la psychologie sociale. Spécifiquement dans le contexte culturel de la relation entre intervenant et client d'origine immigrante, l'intervenant témoigne de sa confiance envers le patient en acceptant, par exemple, la présence d'une tierce personne jugée nécessaire, d'après le client, à son processus de guérison. Cette personne peut être un prêtre, un guérisseur ou encore un chaman. Ainsi, cette acceptation, selon Masi, aidera à établir une meilleure relation thérapeutique entre l'intervenant et le patient d'origine immigrante.

Dans le même ordre d'idées, les études s'inscrivant dans la perspective «culturaliste» se rejoignent sur un point, soit par l'usage de diverses méthodes empruntées aux enquêtes qualitatives, principalement les techniques des chocs culturels, des incidents critiques

(«critical incident») et des groupes de discussion («the focus group technique»)³⁶. Les méthodes des chocs culturels et des incidents critiques vont en quelque sorte de pair. De fait, selon Roy (1991), Cohen-Émerique s'est inspirée de la technique des incidents critiques de J-C Flanagan pour la transposer à son domaine, celui du service social. Ces deux méthodes se réalisent par des entrevues semi-dirigées où les enquêteurs demandent aux intervenants de choisir des incidents critiques, c'est-à-dire des «dossiers actifs» où la présence de situations d'incompréhension interculturelle surgit lors d'interactions entre intervenants et clientèle multiethnique. En d'autres termes, la méthode des chocs culturels et la méthode des incidents critiques consistent en la description d'une situation significative pour l'intervenant, telle une expérience émotionnelle et «intellectuelle³⁷» impliquant sa culture, sa langue, ses valeurs. De plus, cette expérience doit être perçue par l'intervenant comme une situation d'incompréhension créatrice de malentendus, soit telle une situation provoquant des réactions de dépaysement, de frustration, de rejet, de révolte ou encore d'anxiété. Il est à mentionner que ces réactions (ces chocs culturels) se manifestent autant chez le client que chez l'intervenant. Ces chocs se situent essentiellement au niveau des valeurs des individus. Effectivement, ils «font référence à des représentations, à des modes de pensée, à des images souvent inconscientes, à une vision du monde finalement qui déterminent les conduites et orientent les actions» de chacun (Legault et Lafrenière, 1992 : 115-116).

³⁶ Il s'agit de trois techniques visant à «affronter» et à «démystifier» les différences culturelles créatrices de malentendus entre les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et les clients d'origine immigrante.

³⁷ Il est à préciser que Roy emprunte ce concept de «l'expérience intellectuelle» à Cohen-Émerique (1993). Par «expérience intellectuelle», Cohen-Émerique sous-entend un travail de réflexion et d'introspection impliquant les propres idéologies de l'intervenant. Ainsi, pour Cohen-Émerique, le choc culturel permet d'accéder à nos propres cadres de référence, qui, à leur tour, touchent à nos convictions profondes.

Enfin, avec les résultats de ses études, Cohen-Émerique (1984) a bâti une typologie des chocs culturels où il y aurait quatre segments culturels principaux qui provoqueraient des chocs culturels et des conflits de communication entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et clients d'origine immigrante. Ces segments sont associés à la perception différente de l'espace et du temps, aux différences dans la structure du groupe familial, aux différences dans les codes d'échanges interpersonnels et aux interactions entre l'aidant et l'aidé dans un contexte professionnel bureaucratique.

Pour sa part, la méthode des groupes de discussion («the focus group technique»), employée surtout en anthropologie médicale, consiste en une séance de discussion sur les expériences personnelles touchant la culture, la langue ou les valeurs des intervenants et des clients migrants. Ainsi, des points de vue sont élaborés en groupe, également des solutions et des suggestions concernant les conflits de communication entre intervenants et clients d'origine immigrante sont proposées. Cependant, jamais les deux groupes ne sont confrontés.

3.2 L'approche psychologique

En psychologie sociale, la culture est aussi au centre des recherches sur les problèmes socio-médicaux. En effet, les psychologues sociaux s'intéressent à l'interaction entre la culture des patients et l'assistance (la thérapie) psychologique. Or, dans ces recherches, les auteurs tels que Gailly (1991), puis Ong et al. (1995) ne font pas référence à l'approche «interculturelle», mais plutôt à la thérapie «interculturelle», thérapie qui privilégie l'écoute et le dialogue «interculturels». Ce type de thérapie implique le client

d'origine immigrante lors du choix d'un traitement en concordance avec ses propres valeurs, coutumes, croyances.

Dans les faits, les études psychologiques, abondantes en France et aux États-Unis, s'attardent, selon Ong et al. (1995), aux attitudes des médecins, à la relation de confiance qui doit s'installer entre le soignant et le soigné, au rapport d'intimité entre l'aidant et l'aidé, puis aux comportements verbaux et non verbaux du client. À ce sujet, des analyses sur le ton de la voix, la posture, le regard, les expressions faciales, le toucher et la distance physique sont réalisées par les chercheurs. De plus, d'après Ong et al. (1995), les études psychologiques se concentrent souvent sur deux besoins fondamentaux des patients : le besoin de «savoir», c'est-à-dire de savoir quel est leur problème, d'où provient-il, puis le besoin de «se faire comprendre», soit la nécessité de se sentir compris par l'intervenant au-delà des barrières linguistiques et culturelles. Enfin, selon ces auteurs, les perceptions et les représentations divergentes au niveau de la santé, de la maladie, des services sociaux et de santé sont généralement scrutées par les psychosociologues dans le but de mieux comprendre les difficultés de communication entre intervenants et clientèle multiethnique. Effectivement, ces auteurs s'attardent sur la perception des concepts tels que ceux de la maladie et de la santé, concepts pouvant diverger d'une culture à une autre, et plus précisément d'un individu à un autre. Or, si divergence conceptuelle il y a, celle-ci est considérée, par ces chercheurs, comme étant un élément entravant la communication, puisque les deux locuteurs (ici le soignant et le soigné) ne partagent pas et ne se réfèrent pas aux mêmes notions et représentations liées à un même concept.

3.2.1 Le savoir interculturel et la formation interculturelle

Dans le contexte démographique québécois de plus en plus multiethnique depuis les années 1980, le travail social a augmenté et s'est transformé, développant le besoin, chez les intervenants et chez les étudiants, d'ajuster la formation professionnelle. En effet, selon Legault (1991), cela devenait une nécessité pour les professionnels du service social de se former à la réalité multiethnique québécoise, soit à la pratique interculturelle. D'après les divers auteurs, cette pratique est mise de l'avant notamment dans l'objectif de diminuer les difficultés de communication entre intervenants et clients d'origine immigrante. Dans le but de créer une pratique interculturelle, les différents chercheurs ont donc étudié en quoi consisteraient un «savoir» et une «formation» interculturels.

Selon Legault (1991), une telle formation professionnelle doit se faire à trois niveaux : celui du savoir (formation intellectuelle ou scolaire), celui du savoir être (compréhension de l'autre en vue d'une amélioration des interactions en étant sensible à l'autre), puis celui du savoir faire (savoir comportemental, soit un savoir qui correspond à la manière de s'exprimer, de s'attarder au comportement non verbal), ceci à l'intérieur d'un processus d'aide non directif. En somme, pour ce chercheur, les responsables de la formation sociale doivent se préoccuper d'élaborer des programmes qui réussissent à établir un équilibre entre les processus cognitifs (savoir), affectifs (savoir être) et comportementaux (savoir faire) afin de concilier la formation sociale à la nouvelle réalité multiculturelle de la société québécoise.

Pour sa part, Brown (1994) considère que la pratique interculturelle consiste à offrir une aide individualisée aux patients. Cette aide individualisée renvoie à des opportunités, à des occasions explicites offertes aux patients afin d'introduire leurs

préoccupations personnelles, de déterminer leurs demandes cliniques, de parler de leur quotidien, etc. au personnel social et médical. Enfin, Brown croit qu'il faut favoriser l'individualisation («the tailoring») pour réussir toute interaction.

Pareillement, Cohen-Émerique (1984) propose une pédagogie de la relation interculturelle à l'aide de sa méthode des chocs culturels. Par formation, Cohen-Émerique entend qu'il faut «travailler» sur soi pour comprendre l'autre. En effet, selon elle, il faut travailler sur ses propres modèles d'individualisation pour pouvoir intégrer l'idée du passage d'un modèle de personnalisation à un autre, comme d'un mode de pensée à un autre.

Arpin (1992), quant à lui, ne discute pas de pratique ni de formation interculturelles, mais suggère plutôt de tenir compte autant de l'anamnèse culturelle du clinicien que de celle du patient. Effectivement, d'après l'auteur, il faut prendre en considération que les courants migratoires emmènent aussi des professionnels de la santé hors de leur pays. Ainsi, les difficultés de communication, selon la vision d'Arpin, peuvent provenir du soignant comme du soigné. Or, l'auteur tente de comprendre les divergences au niveau des codes d'interprétation, soit plus spécifiquement, les différenciations culturelles dans le concept de la santé, car on prend souvent pour acquis que le code d'interprétation des maladies sera celui de notre définition de la santé, quelle que soit l'origine du patient. Cependant, soulève Arpin, «migrer, c'est aussi passer d'un système médical à un autre» (Arpin, 1992 : 100). Donc, pour l'auteur, l'important n'est pas de former les intervenants à une pratique interculturelle, mais plutôt de proposer une méthodologie interprétative-réflexive³⁸ dans l'entretien entre le patient et le clinicien,

³⁸ Ce qu'Arpin (1992) appelle aussi la pratique des «insights culturels».

c'est-à-dire permettre à chacun de «se regarder» mutuellement. Ainsi, Arpin privilégie l'écoute et la compréhension du vécu prémigratoire de manière personnalisée, ainsi que celle des représentations de la santé et de la maladie de l'aidant comme de l'aidé.

3.3 L'approche sociolinguistique

La préoccupation première de la sociolinguistique est de comprendre les phénomènes langagiers en faisant appel à l'aspect social du langage, sans cependant nécessairement examiner les rapports sociaux «intégrés» dans le langage pour y arriver. Le pionnier de la première approche sociolinguistique (approche traditionnelle), John J. Gumperz (1982, 1989), conçoit le discours comme étant stratégique. En outre, c'est dans le but de percevoir quelles stratégies permettent aux individus de capter et d'interpréter les informations communiquées par les autres locuteurs que Gumperz s'est intéressé aux phénomènes de communication et aux malentendus de communication entre individus d'origine culturelle ou sociale différente. Ceci dit, au sujet des conflits de communication, Gumperz prétend que plus les interlocuteurs partagent le même bagage culturel et social, plus la communication entre eux procédera sans anicroche. De même, les travaux de cet auteur font dépendre la production du discours, ainsi que ses caractéristiques à des contraintes «situationnelles objectives» tels que le statut des interlocuteurs, le lieu, l'objet de l'échange, etc. Aussi, c'est par l'analyse conversationnelle que Gumperz démontre que les événements de langage sont gouvernés par des règles de communication³⁹ (par exemple, par la règle du silence, la règle de la prise de parole ou la règle de l'introduction d'un nouveau sujet).

³⁹ Selon Trudgill (1995), ces règles de communication en plus d'être tacites, engagent une signification différente d'une communauté culturelle à l'autre.

Contrairement à l'approche traditionnelle en sociolinguistique qui considère que les phénomènes sociaux concernent des groupes préalablement isolés selon des critères non linguistiques (tels que la résidence, la classe sociale, l'activité, l'ethnicité), les auteurs associés au courant minoritaire en sociolinguistique, soit à la tradition critique de la sociolinguistique (Singh, Lele, Martohardjono...), se demandent comment l'ethnicité et la culture influencent, linguistiquement, le locuteur. Également selon Singh (1998), pionnier du second courant de pensée en sociolinguistique, le discours n'est point stratégique. Effectivement, il est plutôt le lieu d'une recherche participative de significations partagées («participatory search for joint-meaning»). Par ailleurs, la sociolinguistique selon l'optique de Singh n'étudie pas les difficultés de communication dans l'objectif de trouver au sein du discours des stratégies et des règles discursives, mais elle analyse davantage le discours dans le but de déterminer des conditions sociales, historiques et économiques qui expliqueraient les difficultés de communication entre deux interlocuteurs d'origine ethnique différente. En conséquence, selon Singh et al. (1988), la première question qu'on doit se poser, du point de vue méthodologique, lors de recherches sur les difficultés de communication, est : «who is being misunderstood by whom?» (Singh et al., 1988 : 43). En effet, Singh et al. (1988) soulèvent le fait que trop souvent dans la littérature les chercheurs prennent pour acquis que les difficultés de communication proviennent du côté de celui qui parle la langue minoritaire :

We wonder if our interactionists are too willing to accept that misunderstanding is caused by the misunderstood, poverty, by the poor, misery by the miserable, and social handicap by the socially handicapped (Singh et al., 1988 :53).

Donc, selon eux, on devrait davantage considérer des facteurs tels que le facteur de tolérance, de prestige, de coopération, de perception et de réception. De fait, d'après Singh (1998) il faudrait étudier l'histoire des sociétés, puis de là, la tolérance face aux étrangers. Autrement dit, il faudrait analyser les conditions dans lesquelles le groupe dominant décide de suspendre les principes de tolérance et les moments dans l'histoire où le groupe majoritaire décide qu'une telle communauté est assimilée. De même, on devrait tenir compte du fait que les difficultés de communication sont reliées à un manque de prestige de la communauté minoritaire qu'on ne comprend pas. Également selon cette vision, on doit discuter de coopération et de réceptivité pour qu'une communication entre deux parties soit féconde. Ceci implique que celui qui parle la langue majoritaire du pays, tout comme celui qui parle une langue minoritaire du même pays, sont responsables de la réussite de leur échange conversationnel. D'après ces auteurs, on doit de plus réaliser que certains problèmes ne sont pas des problèmes de communication, mais des problèmes de perception. Dans de tels cas, Singh et al. (1988) croient qu'on doit examiner le contexte («the contextualization») de la conversation. De plus, en ce qui a trait aux stratégies du discours, Singh (1998) pense qu'établir une liste empirique de stratégies du discours sous-tend l'idée que les problèmes de communication seraient toujours du côté de celui qui parle la langue minoritaire. Ainsi, les auteurs liés à l'approche traditionnelle de la sociolinguistique (Gumperz, Labov, Hymes...) présument que les locuteurs d'une langue majoritaire, c'est-à-dire les locuteurs natifs d'une langue, n'ont rien à apprendre, tandis qu'ils ont tout à enseigner aux locuteurs non natifs, soit aux locuteurs d'une langue minoritaire, à l'étranger. Or, c'est ici que les analystes se méprennent sur le sens, voire sur la définition de la communication, puisque ces derniers oublient au cours de leurs études qu'un

interlocuteur n'est pas seulement quelqu'un qui sait parler, mais aussi quelqu'un qui sait écouter, c'est-à-dire une personne «communicative», mais également une personne «réceptive» aux propos d'autrui :

The general conclusion [of this kind of studies] would be that any communication in which there is a speaker who only knows how to speak (and not how to hear) or a speaker who only knows how to hear (and is not empowered to speak) is, theoretically, an example of miscommunication (Singh, 1998 :97).

La compétence linguistique

En sociolinguistique traditionnelle, la compétence linguistique des locuteurs est un des sujets les plus souvent élaborés par les chercheurs en lien avec celui des difficultés de communication. De prime abord, ce qu'il faut mentionner quant au concept de la compétence linguistique, c'est que celui-ci possède une double signification dans la littérature. D'une part, la compétence linguistique renvoie au «niveau de langue», soit à la «connaissance» ou encore à la «maîtrise» d'une langue chez un individu (Gumperz, 1989), puis d'autre part, les auteurs dont Varonis et Gass (1985), discutent de la compétence linguistique des gens, mais sous-entendent «l'incompétence linguistique» de ces derniers. En effet, ces auteurs attribuent les malentendus de communication uniquement à ceux qui maîtrisent peu la langue du pays d'accueil, soit aux immigrants.

De la même manière, le concept de la compétence linguistique est aussi associé au personnel des services sociaux et médicaux. Néanmoins, cette compétence n'est plus reconnue comme une compétence linguistique, mais plutôt comme une «compétence interculturelle». De fait, Masi (1992) remarque la tendance des professionnels sociaux et médicaux à croire qu'il faut une certaine «habileté innée» afin de travailler avec la

clientèle immigrante. À cette idée, Masi n'adhère point, puisque selon lui, les habiletés culturelles et les habiletés à travailler avec les clients d'origine immigrante s'acquièrent.

Dans le même ordre d'idées, Argyle (1982) reconnaît trois dimensions à la compétence interculturelle. Ces trois dimensions correspondent essentiellement à trois types «d'habileté innée» : une habileté à gérer le stress psychologique, une habileté à communiquer adéquatement, puis une habileté ou une facilité à établir des relations interpersonnelles.

À l'opposé d'Argyle, Frédéric (1990) affirme qu'on apprend à communiquer en communiquant. À cet effet, l'auteur soutient que le facteur de coopération entre intervenants et clients d'origine immigrante est plus important que la compétence linguistique de l'un ou la compétence interculturelle de l'autre. Cependant, Frédéric distingue tout de même trois types de compétence langagière : une compétence pragmatique (ou «communicationnelle») et une compétence sociale (ou «relationnelle»), l'une et l'autre venant s'ajouter à une compétence linguistique. D'après l'auteur, la référence à ces trois compétences ne signifie pas que la production langagière ne dépend que de celles-ci, mais que ce sont celles-ci qui sont apparues les plus pertinentes pour décrire le phénomène des difficultés de communication.

Pour sa part, De Grève (1983) entrevoit la compétence linguistique telle une solution aux difficultés de communication. Effectivement, selon l'auteur, la compétence langagière inclut une compétence réceptive et une compétence perceptive. Ainsi, De Grève soutient que la compétence réceptive, c'est-à-dire une «connaissance de la langue», de même qu'une «conscientisation de la langue d'autrui⁴⁰» jouent un rôle

⁴⁰ Par «conscientisation de la langue d'autrui», De Grève (1983) entend reconnaître ou prendre en considération la langue maternelle ou la langue seconde d'un locuteur en interaction.

déterminant dans le processus de la communication. Or, d'après l'auteur, la compétence réceptive mène nécessairement à la compétence perceptive, car toutes deux sont reliées. Par conséquent, c'est cette interrelation entre la réception et la perception qui permet d'éviter, selon l'auteur, les problèmes de communication.

Enfin, ce que semble omettre les différents auteurs et pourtant ce qui nous apparaît comme primordial de déterminer ici, en ce qui concerne la compétence linguistique, c'est de comprendre qui est compétent et qui ne l'est pas? De même, ne faut-il pas savoir qui juge les limites de la compétence linguistique? Au surplus, ne faut-il pas se demander aux yeux de qui les incompetents sont-ils reconnus comme tels? Nous croyons que ces questions doivent être soulevées, avant même de se lancer dans toute étude portant sur la compétence langagière.

La compétence linguistique et l'ethnographie de la communication

L'ethnographie de la communication a, selon Gumperz (1989), pour objectif ultime l'analyse de la compétence communicative, soit un savoir cognitif abstrait. Toutefois, son but initial est, selon Hymes (1984), de «remplir» le fossé entre l'analyse ethnographique et ce qui relève de l'analyse grammaticale. D'après Gumperz (1989), l'ethnographie de la communication examine les façons de parler et se concentre davantage sur ce que Hymes appelle les moyens de la parole («means of speaking»), c'est-à-dire le répertoire linguistique local, l'ensemble des variétés linguistiques, les dialectes et les styles d'une communauté. Également, les genres ou formes artistiques (mythes, récits épiques, légendes, histoires, etc.) sont décrits afin de caractériser les performances verbales d'une communauté linguistique. De plus, les chercheurs doivent décrire les divers actes de langage qui prévalent dans un groupe donné, de même que les

cadres («frames») qui permettent d'indiquer comment interpréter une séquence d'actes. En outre, les ethnographes de la communication ont démontré comment, à l'instar d'une grammaire, les usages du langage sont gouvernés par des règles.

Cette notion de compétence de communication trouve son origine, d'une part dans l'ethnographie de la communication et d'autre part, dans la grammaire générative transformationnelle de Chomsky⁴¹. Selon Hymes (1984), Chomsky a su introduire les théories sur la compétence, la performance, la créativité, etc., mais il n'a pas su coller avec les réalités qu'il dénomme et par le fait même, il a habilement évité toute analyse du contexte social. Alors, d'après Hymes, il existe un manque de compréhension de la part de Chomsky de la vie sociale comme assise nécessaire à la compréhension du langage. Or, d'après l'optique de Hymes, la communication inclut non seulement les formes linguistiques de la langue, mais aussi les règles sociales, le savoir «quand», «comment» et «avec qui», il est approprié d'utiliser ces formes. Ainsi, cette notion de compétence a été reprise dans les travaux de Hymes, notion à laquelle Hymes a ajouté une dimension sociale. En ce sens, pour Hymes :

Dès l'instant que l'on examine les rapports entre grammaire, compétence et communauté sur le plan empirique, la théorie linguistique se révèle devoir être nécessairement une théorie «ethnolinguistique» ou «sociolinguistique», c'est-à-dire une théorie qui doit reconnaître ses fondements ethnologiques et sociologiques (Hymes, 1984 : 43).

On constate dans cette approche l'orientation sociolinguistique de Hymes qui, à l'aide de l'ethnographie de la communication, aspire à une contextualisation des pratiques

⁴¹ Les travaux de Chomsky portent principalement sur la structure du langage, soit sur ce qui est interne au langage. De même, il est à mentionner que Chomsky divise le «monde du langage» entre la compétence et la performance linguistique (Hymes, 1984).

langagières et à une prise en considération des caractéristiques sociales et culturelles d'une communauté linguistique :

Les concepts de base d'une théorie du langage socialement inscrits sont ceux de styles, au lieu de grammaire, et de communauté, au lieu de langue. Le cadre de la description des traits linguistiques pertinents n'est pas, dès l'abord, réduit à une grammaire formelle, mais est déterminé par des relations dans l'emploi de la langue. Les rapports pertinents entre les différents traits linguistiques sont examinés non pas à partir des limites d'une langue, mais du point de vue d'une communauté (Hymes, 1984 : 43).

3.4 Vers une approche davantage sociologique

Les premiers travaux sociolinguistiques se penchant davantage sur l'aspect social de la communication sont associés à Labov et Milroy. Ces linguistes et sociolinguistes ont découvert que les différentes manières de parler sont révélatrices des rapports sociaux entre interlocuteurs. En d'autres termes, les diverses manières de parler, selon Labov et Milroy révèlent l'inégalité des interactions et, par le fait même, dévoilent la «nature» des rapports entre les interlocuteurs. Ainsi, selon les auteurs, les phénomènes langagiers se construisent au même rythme que les rapports sociaux. En effet, Labov (1976) a constaté dans son étude portant sur les différents accents des gens habitant l'île Martha's Vineyard (au Massachusetts) que certaines prononciations qui étaient d'usage à une lointaine époque pouvaient refaire surface sous leur forme antérieure. En ce sens, Labov a remarqué qu'il y avait un positionnement des accents des gens par rapport à un territoire défini (l'île Martha's Vineyard). D'après l'auteur, c'est lorsque le nombre de touristes s'est accru sur l'île que les gens ont manifesté le désir de se distancier de ces derniers, en préservant leur identification collective, c'est-à-dire en conservant leur accent. Cette étude mena donc l'auteur à croire que les changements langagiers ne

proviennent pas de la langue elle-même, mais plutôt des individus. Par là, l'étude de Martha's Vineyard démontre qu'on ne peut comprendre l'orientation et l'évolution d'un changement linguistique sans le rapporter à l'identité locale.

Dans le même ordre d'idées, les conclusions de Milroy rejoignent celles de Labov. Effectivement, Milroy (1987) a examiné les différentes façons de parler des individus dans les divers quartiers populaires de la ville de Belfast en Irlande. Plus précisément, elle a relevé les nombreuses pratiques langagières et normes linguistiques en vigueur dans les réseaux («networks») de voisinage et de milieux de travail, réseaux dans lesquels les gens s'intègrent. Elle découvre ainsi que c'est le lieu de travail qui influence la manière de parler des gens. En ce sens, Milroy a remarqué que la différence territoriale segmentée par le travail permettait aux individus de s'identifier à tel ou tel quartier de la ville et ainsi de «s'inclure» ou de «s'exclure» socialement. Alors, tout comme Labov, Milroy perçoit une intersection entre les structures sociales et les structures linguistiques.

Pareillement, Laponce (1984) traite des rapports sociaux qu'il perçoit dans les rapports de force entre les langues. Ces rapports de force, Laponce les dénote dans les situations de bilinguisme. Situations où les langues s'entrecroisent et luttent pour la dominance et pour leur survivance. Situations auxquelles les rapports sociaux sont également rattachés d'un côté à l'utilisation de la langue⁴² et d'un autre côté à son territoire (pays, ville, quartier).

Pour sa part, McAll (1992, 1994) a réalisé des recherches portant sur l'utilisation des langues dans le milieu de travail. Selon lui, l'utilisation des langues au travail est un

⁴²Utilisation de la langue qui peut être rattachée, d'après Laponce, à divers domaines langagiers : domaine de la famille, celui du travail, celui du jeu, de la prière, de l'éducation et de la politique.

facteur révélateur et constitutif des rapports sociaux entre acteurs. En effet, selon McAll «l'utilisation du langage et des langues constitue une clé importante pour comprendre la construction des rapports sociaux inégalitaires en entreprise» (McAll et al., 1994 : 6). Autrement dit, l'utilisation du langage dans les milieux de travail au Québec reflète la compartimentation de ce marché linguistique, ainsi que les rapports sociaux entre les différents employés et cadres de l'entreprise. En ce sens, il observe que les emplois qui requièrent un grand usage du langage, tels les emplois de planification et de gestion, s'effectuent généralement en anglais, tandis que les emplois manuels où l'utilisation du langage est plutôt secondaire ont tendance à être effectués en français. De surcroît, dans les emplois où l'utilisation du langage est minime, on retrouve une forte concentration d'immigrants allophones. Ces résultats traduisent, dans les faits, la «hiérarchisation linguistique et sociale» présente sur le marché de l'emploi au Québec.

3.5 L'absence de la sociologie du langage

C'est à partir du moment où l'on conçoit que le langage est au centre des rapports sociaux que l'on peut discuter d'une discipline trop peu développée dans la littérature, c'est-à-dire la sociologie du langage. Comme nous l'avons vu au cours du chapitre précédent, la sociologie du langage cherche avant tout à mieux comprendre les rapports sociaux à travers le langage. Elle pose le problème du langage comme instrument, ce qui oblige une analyse approfondie des rapports sociaux d'inclusion et d'exclusion dans la constitution desquels langage et langues sont employés (McAll, 1992). Ainsi :

Les comportements langagiers deviennent plutôt des voies d'accès à la compréhension des rapports sociaux en construction. Langues et dialectes sont conceptualisés surtout comme des instruments qui, entre autres, facilitent la communication à l'intérieur d'une communauté (et donc l'inclusion) et la non-communication avec des individus que l'on cherche à exclure (McAll, 1992 : 118) [...]

Adoptant la perspective de la sociologie du langage, McAll et al. (1997) ont étudié comment les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé parlaient des difficultés de communication. Leur recherche examine les problèmes qui surviennent lors des interventions entre intervenants et clients d'origine immigrante, c'est-à-dire les «rapports» entre les gens. Également, leur analyse a pour but de valider la théorie sur le terrain, c'est-à-dire de constater si la littérature au sujet des difficultés de communication va de pair avec l'expérience sur le terrain. De fait, comme nous l'avons vu, les divers auteurs envisagent habituellement deux facteurs identifiés comme des «obstacles» à la communication : la barrière linguistique (faible niveau de compétence en français ou en anglais de certains immigrants) et la barrière ethnoculturelle (divergences au niveau des valeurs, normes, coutumes, croyances). De plus, dans la littérature, les modèles multiculturels et interculturels suggèrent que «plus une intervention va en profondeur, plus il y a risque de heurts entre des systèmes de valeurs (des cultures) opposés. Plus les intervenants sont engagés dans de telles interventions, plus ils devraient faire allusion ainsi à ces différences et aux appartenances ethnoculturelles qui les sous-tendent» (McAll et al. 1997 : 94). Or, l'enquête de McAll et al. suggère le contraire.

Leur analyse tente de percevoir comment les intervenants rencontrés parlent des difficultés de communication, c'est-à-dire en quels termes ils rendent compte des malentendus de communication. La manière employée pour recueillir les commentaires

des intervenants est basée sur la reconstitution d'une de leurs journées de travail. Cette méthode a pour but de permettre aux intervenants de faire état des pratiques langagières et des situations de communication, telles qu'elles sont vécues au cours de leurs activités quotidiennes. Parallèlement, cette méthode est un moyen d'obtenir des informations sur les situations d'interaction vécues de manière problématique. L'entrevue est réalisée à la fin de la journée de travail de l'intervenant. De cette façon, l'intervenant a encore présentes à la mémoire certaines des interactions verbales effectuées lors de sa journée de travail. En posant la question : «qu'avez-vous commencé par faire en arrivant au travail?», l'interviewé relate de manière chronologique sa journée. Puis, à l'issue de cette description, l'intervenant est amené à spécifier la ou les langues utilisées avec tel ou tel client (Le Goff, 1997). C'est donc à partir de ces reconstitutions de la journée de travail que les chercheurs ont trouvé que plus les gens connaissent les autres, moins ils ont tendance à faire appel à certaines étiquettes pour expliquer les différences. Effectivement, les barrières ethnoculturelles et linguistiques ont été rarement invoquées par les intervenants pour élucider les problèmes de communication. En conséquence, leur expérience suggère, contrairement à la littérature, que nous sommes peut-être moins différenciés par nos cultures et nos langues d'origine qu'unis par les conditions dans lesquelles nous vivons : conditions de logement, inégalités salariales, problème de santé, etc. (McAll et al., 1997)

En conclusion, au moins quatre perspectives sont présentes dans la littérature quant à la problématique des difficultés de communication entre intervenants et clientèle multiethnique : l'approche «culturaliste», l'approche psychologique, l'approche sociolinguistique et l'approche sociologique. Les trois premières perspectives

considèrent surtout les barrières linguistiques et culturelles comme étant responsables des problèmes conversationnels entre deux interlocuteurs d'origine ethnique différente. Cependant, on constate que l'approche sociolinguistique est, depuis quelques années, en bouleversement. En effet, la sociolinguistique critique tente de renverser la perspective traditionnelle en outrepassant les explications faisant référence aux barrières linguistiques et culturelles pour comprendre les difficultés de communication :

Même si les développements plus récents en sociolinguistique sont fondés sur la nécessité de resituer l'étude des comportements langagiers dans le contexte des rapports sociaux, il reste que la préoccupation principale de la sociolinguistique est d'arriver à une meilleure compréhension des phénomènes langagiers, quitte à faire appel aux rapports sociaux. Le langage comme objet en soi, comme chose existant «en dehors» des rapports sociaux, avec les règles de production et de transformation associées à différentes langues, continue ainsi à marquer la sociolinguistique (McAll, 1992 :117).

Effectivement, selon McAll (1992), la plupart des études en sociolinguistique ont encore tendance à séparer le langage comme objet des rapports sociaux. De cette dissociation résulte une disjonction radicale entre l'étude des rapports sociaux incluant l'étude des rapports sociaux «à l'œuvre» dans le langage et l'étude du langage et des comportements langagiers inscrits dans un contexte social. Or, nous croyons que c'est par le biais de la sociologie du langage qui a l'ambition d'allier une connaissance en linguistique avec une sensibilité aux rapports sociaux que nous serons en mesure d'approfondir d'autres pistes explicatives, c'est-à-dire de trouver d'autres facteurs contextuels relatifs aux problèmes de communication entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et clients d'origine immigrante.

CHAPITRE IV

Question de recherche et méthodologie

À cette étape-ci de notre mémoire, nous sommes en mesure de clarifier notre projet, et par le fait même, de préciser notre question de recherche et notre méthodologie. Le tour d'horizon effectué dans les chapitres précédents nous a notamment informés sur l'historique de l'immigration canadienne et québécoise et sur le contexte démographique, linguistique et social de notre société multiethnique actuelle. Également, un survol de la littérature nous a permis de prendre connaissance de plusieurs études s'intéressant, de manière différente, à la communication interethnique et aux difficultés de communication.

4.1 Question de recherche

Malgré une plus grande connaissance du contexte migratoire canadien et québécois, ainsi qu'une vision plus précise de la communication interethnique, nous n'avons pu, jusqu'à maintenant, répondre de façon satisfaisante à notre questionnement sur les difficultés de communication. En effet, nous ne savons toujours pas ce qui explique, outre les barrières linguistiques et culturelles, les difficultés de communication en contexte multiethnique. Subsiste-t-il d'autres facteurs explicatifs pour comprendre les malentendus de communication? Parce qu'il existe plusieurs niveaux de communication, et conséquemment, de difficultés de communication (par exemple, les niveaux linguistique, culturel, interindividuel et social), ne devrait-il pas aussi exister plusieurs types ou paliers d'explication qui nous aideraient à mieux appréhender les situations d'incompréhension en contexte multiethnique? En ce sens, qu'est-ce que la

sociologie du langage, par son intérêt porté aux rapports sociaux, peut-elle ajouter de nouveau aux approches déjà développées? De même, nous nous interrogeons à savoir comment l'analyse des rapports sociaux, dont le langage s'avère l'objet, peut contribuer à la compréhension des problèmes de communication? Un regard posé sur les rapports sociaux, nous informerait-il davantage sur la nature des difficultés de communication? C'est en empruntant ces pistes que nous souhaitons étudier les malentendus de communication. Effectivement, nous croyons que c'est en examinant les rapports sociaux, intégrés dans le langage, que nous arriverons à trouver d'autres facteurs sociaux et contextuels qui sous-tendent les malentendus de communication entre interlocuteurs d'origine ethnique divergente. Or, c'est à partir d'un cas particulier, c'est-à-dire à travers la communication entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et clients d'origine immigrante au Québec que nous nous proposons de vérifier la légitimité de cette voie de recherche.

4.2 Constats et lacunes dans la littérature quant à la problématique des difficultés de communication

Comme nous l'avons vu plus tôt, dans les milieux de l'intervention sociale et médicale, la culture et la langue apparaissent comme les points de référence centraux de l'interaction interethnique, même si chez certains auteurs ce paradigme est sérieusement remis en question. En ce sens, rappelons-nous que parmi les diverses perspectives de recherche qui traitent des difficultés de communication, la perspective «culturaliste» est des plus exploitées par les auteurs. Selon cette approche, la culture et «l'ethnie» des gens influencent la nature des problèmes de communication, entre autres, rencontrés par les intervenants et les clients d'origine immigrante. La perspective «culturaliste»,

notamment développée par Cohen-Émérique (1984, 1993), suppose que le locuteur est porteur de sa culture (normes, valeurs, coutumes). En effet, selon cette approche, lorsque deux locuteurs d'origine ethnique divergente interagissent, ils mettent en scène des cultures pouvant s'avérer fort différentes l'une de l'autre. De là, la rencontre avec la différence culturelle peut occasionner des situations d'incompréhension, des malentendus de communication, voire des chocs culturels. Selon Cohen-Émérique, c'est dans la reconnaissance et dans le respect de la culture d'autrui qu'on peut éviter ces situations d'incompréhension.

À ce sujet, nous nous questionnons à savoir si les barrières linguistiques et culturelles, perçues comme étant les instigatrices des difficultés de communication, sont fondamentalement en cause dans les conflits de communication? De même, la référence à la différence culturelle pour expliquer les situations d'incompréhension est-elle toujours justifiée? Effectivement, n'en fait-on pas un usage quelquefois abusif? Par exemple, l'intervenant s'imagine ne pouvoir aider les clients à cause des divergences linguistiques et culturelles. Mais l'intervenant connaît-il la langue et la culture de tous ses patients immigrants et non immigrants? Inversement, les clients immigrants et non immigrants qui appartiennent aux classes socio-économiques inférieures et qui en partagent la culture sont-ils adéquatement aidés? Dès lors, la différence socio-économique est peut-être tout aussi déterminante que celles linguistique et culturelle. De plus, ce pourrait-il que les barrières linguistiques et culturelles servent de paravent à d'autres sortes de problèmes sociaux?

Pareillement, nous avons vu que le facteur temps, discuté notamment par McAll et al. (1997), est un facteur déterminant dans les interactions entre intervenants et clients d'origine immigrante. En effet, ce facteur peut contribuer aux situations

d'incompréhension et même nuire à la relation entre soignant et soigné (par exemple, dans le cas où le client se sent bousculé par le temps dû à l'horaire chargé de l'intervenant). Mais, sans la contrainte du temps, y aurait-il plus de réussite au niveau des interactions entre intervenant et client immigrant? De fait, en quoi le facteur temps aiderait-il les locuteurs à être plus réceptifs? De surcroît, comme nous l'avons vu avec Singh (1998), s'il y a blocage auditif («deafness») chez l'un ou l'autre des locuteurs, comment plus de temps alloué à la rencontre entre le professionnel de la santé et des services sociaux et le patient immigrant pourrait favoriser davantage la compréhension entre ces derniers? De là, tout comme les barrières linguistiques et culturelles, le facteur temps est peut-être également utilisé comme un prétexte ou encore comme un échappatoire aux situations de communication interethnique. Autrement dit, nous nous questionnons sur la pertinence de la simple prise en considération du facteur temps dans l'étude des malentendus de communication entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et patients d'origine immigrante.

Dans le même ordre d'idées, Gumperz (1982, 1989) dont les travaux s'inscrivent dans la perspective de la sociolinguistique traditionnelle, conclut, en ce qui concerne les conflits de communication, que plus les interlocuteurs partagent le même bagage culturel et social plus la communication entre eux procédera sans anicroche. Autrement dit, une communication entre locuteurs d'origine culturelle et sociale semblable est plus sujette à la réussite qu'une communication entre locuteurs d'origine culturelle et sociale divergente. Au surplus, cette tradition de la sociolinguistique analyse la production langagière dans le but de faire ressortir les règles et les stratégies qui gouvernent les interactions. Or, n'est-ce pas un peu réducteur de concevoir ainsi un individu, soit essentiellement de par ses origines culturelle et sociale? De plus, cela ne dénote-t-il pas

un manque de considération envers les acteurs d'origine divergente, et par le fait même, face aux immigrants? À l'opposé de l'approche traditionnelle, Singh (1998), associé à la tradition critique de la sociolinguistique, n'arrive pas à concevoir comment le bagage culturel et social d'un locuteur peut influencer, linguistiquement, ses interactions avec autrui. Alors, la tradition critique, contrairement à celle traditionnelle, examine davantage le discours dans l'objectif de déterminer les conditions sociales, historiques et économiques menant à l'appréhension des difficultés de communication entre deux interlocuteurs d'origine ethnique différente. Enfin, ce que nous remarquons quant à la perspective sociolinguistique, et ce pour les deux traditions, c'est le manque d'attention accordée, par les auteurs, aux rapports sociaux auxquels les locuteurs participent. En d'autres termes, nous déplorons le fait que pour l'approche sociolinguistique, l'analyse des rapports sociaux (dans lesquels les acteurs sont situés) ne soit pas une priorité, mais plutôt une possibilité d'analyse peu employée par les chercheurs.

Finalement, selon nous, l'approche sociologique (incluant celle de la sociologie du langage) comble les lacunes des autres perspectives envisagées ici, de même que dans le chapitre précédent. En effet, d'après l'approche sociologique, et ce contrairement à la perspective sociolinguistique, les relations de communication sont situées dans le cadre des rapports sociaux au sens large et non pas principalement dans le cadre du langage. La perspective sociologique considère alors les relations de communication sous leur aspect social où langage et langues font partie intégrante de cet aspect. Les études de Labov (1976) et Milroy (1987) abondent en ce sens, puisqu'ils ont constaté, à travers leurs recherches, une corrélation entre les structures sociales et les différentes manières de parler des individus. Effectivement, selon eux, l'observation des diverses façons de parler des gens nous informe quant à la nature des rapports sociaux

dans lesquels ces derniers sont insérés. Dans la même optique, McAll (1992, 1994) suggère que l'utilisation proprement dit du langage et de langues collabore à la constitution et à la production de certains rapports sociaux. Dès lors, d'après lui, l'étude du langage constitue un instrument à la compréhension des phénomènes sociaux, tels que celui des difficultés de communication en contexte multiethnique.

4.3 Méthodologie

Ce que nous voulons examiner ici, c'est comment s'articulent, à travers le langage, les rapports sociaux entre intervenants et clients d'origine immigrante. Également, nous voudrions percevoir quels facteurs agissent dans la constitution des rapports sociaux. En bref, nous souhaitons étudier la production langagière comme une activité sociale et l'analyser comme telle, c'est-à-dire tenter d'avoir accès au discours en train de se faire, et par le fait même, à la production des rapports sociaux en train de se construire. Un peu à la manière de Singh (1998), ce que nous voudrions effectuer, c'est une «recherche égalitaire», c'est-à-dire une étude qui ne prendrait pas pour acquis que les malentendus de communication proviennent de l'immigrant. De ce fait, nous souhaiterions donner le droit de parole à l'immigrant, soit ici au patient d'origine immigrante. Enfin, nous comptons considérer les intervenants et les clients immigrants, de même que leur langue respective, sur un même pied d'égalité.

Pour ce faire, trois opportunités méthodologiques s'offrent à nous : l'observation participante, l'enregistrement d'interaction et les entrevues semi-dirigées. L'observation participante pourrait se réaliser dans une situation d'accompagnement. Effectivement, nous pourrions intervenir en tant «qu'accompagnateur-traducteur» auprès de patients

d'origine immigrante italienne⁴³. En accompagnant le patient immigrant, par exemple lors de ses visites dans un Centre Local de Services Communautaires (CLSC), il nous serait probablement possible d'être témoin de l'échange, en train de se faire, entre l'intervenant et le client immigrant. Outre le fait que nous serions présents lorsque surviendraient des problèmes de communication, nous pourrions aussi être en mesure de capter, sur le terrain, l'influence de certains facteurs contextuels intervenant sur la situation de communication (par exemple, le comportement non verbal des interlocuteurs). Ceci constituerait le principal avantage de cette méthode, puisque les autres méthodes (l'enregistrement d'interaction ou les entrevues semi-dirigées avec le ou les interlocuteurs) ne pourraient rendre état de ces facteurs contextuels ou autres. À l'opposé, le fait d'observer l'intervenant tout comme le patient constitue un désavantage, car comment peut-on être certains que notre présence n'affecte en rien le comportement des locuteurs? En effet, agiront-ils différemment sous notre regard ou en seront-ils tout simplement intimidés?

Quant à la méthode de l'enregistrement d'interaction entre intervenants et clients d'origine immigrante, celle-ci aussi nous permettrait de saisir sur le vif la création des malentendus de communication entre intervenants et patients immigrants. Toutefois, est-ce réaliste ou plutôt éthique de croire qu'on nous laissera enregistrer ce genre d'interaction? Voilà le principal obstacle qu'il faudra surmonter pour pouvoir utiliser cette méthode de recherche.

L'alternative des entrevues, pour sa part, impliquerait que nous rencontrions des patients d'origine immigrante afin de discuter avec eux des difficultés de communication

⁴³ Communauté culturelle dont nous maîtrisons bien la langue et connaissons bien la culture.

qu'ils auraient éprouvées pendant leur échange avec les différents intervenants des services sociaux et médicaux. Ce qui peut s'avérer problématique avec cette situation, c'est le recrutement des patients d'origine immigrante. De fait, il faudrait les convaincre de se livrer à nous. Mais auront-ils confiance en nous? Se sentiront-ils à l'aise de dialoguer avec nous? Nous pouvons présumer que certains seront, du moins, craintifs envers nous. Tout compte fait, la méthode des entrevues semi-dirigées ne correspond peut-être pas à la «méthode idéale» pour avoir accès aux discours, soit aux rapports sociaux en train de se construire, néanmoins nous croyons qu'elle représente la méthode la plus «réalisable».

Finalement, ce qui est clair pour nous, c'est notre intention de donner le droit de parole aux patients d'origine immigrante. En effet, nous voulons aller chercher ce point de vue trop peu souvent considéré par les auteurs. Par notre recherche, nous voudrions vérifier si les clients immigrants considèrent qu'il existe des obstacles à l'accessibilité des services. Si oui, à quoi attribuent-ils ces obstacles? Ainsi, un peu à la manière de *Proximité et distance* (McAll et al., 1997), nous voudrions observer en quels termes, cette fois-ci davantage les clients d'origine immigrante, rendent compte des malentendus de communication. De plus, nous souhaiterions savoir comment ils vivent ces conflits de communication. Dès lors, nos entrevues pourraient comporter deux grandes divisions. Dans la première partie de nos entrevues avec des personnes âgées d'origine italienne éprouvant de la difficulté à communiquer en français et en anglais⁴⁴, nous

⁴⁴ Puisque les grandes vagues d'immigration provenant d'Italie datent de plusieurs décennies, nous croyons que ce sera auprès de la population italienne vieillissante qu'il sera plus aisé de rencontrer des personnes ne parlant pas ou peu les langues officielles du pays.

pourrions amener les interviewés à la reconstitution de leur dernier entretien avec l'intervenant social et médical. Au terme de cette reconstitution d'entretien, nous insisterions surtout sur les problèmes qui sont survenus lors de leur intervention, c'est-à-dire nous mettrions l'accent sur les «rapports» entre le soignant et le soigné. Plus largement, dans la seconde partie de l'entrevue, nous pourrions demander aux personnes interviewées de nous raconter, entre autres, les expériences communicatives et relationnelles qu'elles ont eues avec des intervenants du domaine des services sociaux et de la santé. En combinant ces deux façons de faire, nous estimons pouvoir dégager d'autres facteurs contextuels et sociaux qui expliqueraient les malentendus de communication entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et clients d'origine immigrante.

CHAPITRE V

L'Enquête

La réflexion gouvernementale portant sur l'accessibilité de la population d'origine immigrante au système de soins sociaux et de santé révèle la priorité accordée aux critères linguistique et culturel pour penser la relation entre soignant et soigné d'origine immigrante. En ce sens, les différents rapports de recherche gouvernementaux sont principalement centrés sur l'inadéquation des structures en place face aux spécificités linguistiques et culturelles des clients immigrants. En outre, les difficultés relationnelles entre intervenants et clients d'origine immigrante sont interprétées en termes de divergence linguistique, mais surtout en termes de distance culturelle (différence de normes, de coutumes, de valeurs ou encore de perception de la maladie et des soins sociaux et médicaux).

Cette façon de penser les problèmes d'accès aux soins sociaux et de santé s'étend également à la manière d'envisager les difficultés de communication entre aidant et aidé d'origine immigrante. Nous avons effectivement observé, dans la littérature, que les principaux obstacles à la communication sont souvent considérés comme étant d'ordre linguistique et culturel. En d'autres mots, la difficulté à se comprendre linguistiquement (partage d'un même code langagier) et la difficulté à se comprendre culturellement (soit au-delà de ce code langagier) constitueraient les principales barrières à l'intervention.

C'est à la lumière de ces constats sur la communication interethnique présente, entre autres, dans les centres sociaux et médicaux, que nous avons décidé d'interroger des patients d'origine immigrante (plus spécifiquement des personnes âgées d'origine italienne) sur les difficultés de communication qu'ils éprouvent avec les intervenants

œuvrant dans ces milieux. Nous avons cherché à savoir comment ces personnes vivent ces difficultés de communication? Quels sont les facteurs qui, selon elles, expliquent les malentendus de communication? Aussi, nous avons tenté d'examiner la nature de la relation entre soignant et soigné, soit d'entrevoir comment s'articulent les rapports sociaux entre intervenants et clients d'origine immigrante. Également, nous avons essayé de faire ressortir les facteurs agissant dans la constitution des rapports sociaux. Enfin, nous avons cherché à vérifier si les paramètres culturels et linguistiques représentent, selon les patients immigrants, les principaux obstacles au dialogue.

5.1 Retour sur la méthodologie

La méthode employée pour recueillir les discours des patients d'origine immigrante est basée, dans un premier temps, sur la reconstitution de leur dernière visite dans un centre social et médical. Cette méthode nous permet d'accéder, de façon plutôt concrète, aux situations de communication, et par le fait même, aux situations de malentendus de communication pouvant survenir entre aidant et aidé immigrant. Cette description de la dernière consultation conduit le répondant à nous donner le détail d'interactions contextualisées, de rencontres particulières avec des intervenants, plutôt qu'à nous livrer des considérations générales fondées sur des exemples pouvant s'avérer vagues et imprécis. Certes, il arrive parfois que l'interviewé s'écarte du récit pour rattacher ses expériences au quotidien (par exemple, en ayant recours à des termes tels «qu'habituellement», «normalement», «la plupart du temps»), le rôle de l'interviewer est alors de ramener la personne interviewée à fournir des informations plus précises. Dans un second temps, nous avons invité l'interviewé à «élargir» quelque peu l'horizon de ses expériences communicationnelles et relationnelles avec les intervenants. De fait, nous

lui avons demandé de nous relater les situations de communication vécues pendant les derniers six mois avec les intervenants sociaux et médicaux. À l'intérieur de cette description, nous avons questionné le répondant. Par exemple, nous lui avons demandé s'il est accompagné d'un membre de sa famille, d'un ami ou d'un traducteur lors de ses consultations, s'il éprouve des difficultés de communication avec les intervenants, s'il rencontre des obstacles à l'obtention de soins et de services, etc. En somme, cette démarche méthodologique nous a offert la possibilité de recueillir des informations concrètes sur le déroulement et le contenu des situations de communication, sur la nature des rapports sociaux entre soignant et soigné, puis sur la nature des barrières communicationnelles. De plus, elle nous a permis d'identifier certains obstacles à la communication, de même qu'à l'utilisation des soins sociaux et médicaux. Enfin, dans une ultime étape, des renseignements ont été recueillis sur le profil socio-démographique de la personne interviewée.

5.2 Recrutement et profil des répondants

Le recrutement des répondants s'est effectué par la méthode «boule de neige». En effet, j'ai communiqué avec des amis pouvant m'aider à trouver des personnes âgées d'origine italienne parlant peu ou point les langues officielles du pays et qui, de surcroît, consentiraient à participer à une recherche portant sur les difficultés de communication entre les intervenants sociaux et médicaux et eux-mêmes. Ainsi, j'ai pu interviewer des parents, amis et voisins de ces personnes⁴⁵. Il est à souligner que le soutien de ces personnes contacts me fut très utile, car sans elles, le rapport de confiance entre

⁴⁵ Il est à spécifier que je (l'interviewer) suis moi-même d'origine italienne.

l'interviewer et l'interviewé aurait probablement été différent. Effectivement, j'ai constaté que via une personne contact, le répondant s'avérait moins craintif envers l'interviewer et sa recherche. Du coup, il se montrait davantage ouvert et coopératif avec lui. Le rôle de la personne contact était donc de m'aider à recruter des participants pour ma recherche, de m'accompagner chez ces derniers et, une fois sur les lieux, d'expliquer le lien qui nous unissait (par exemple le lien de parenté, d'amitié ou encore la provenance de la région d'Italie de l'interviewer). De cette façon, j'ai toujours été bien accueillie. Finalement, il est important de mentionner que dans quelques cas, l'interviewé était accompagné de sa fille. Me demandant la permission à ce que leur fille assiste à l'entrevue, ces répondants justifiaient leur requête en affirmant que celle-ci pourrait les aider dans les cas où ils auraient de la difficulté à bien saisir les questions que j'allais leur poser. Ceci, malgré le fait que je leur assurai de la clarté des questions de mon enquête (enquête qui, précisons-le, se déroulait dans leur langue maternelle, soit l'italien). Or, comme cette présence sécurisait la personne interviewée, je ne me suis jamais objectée à ce qu'une tierce personne soit témoin de l'entretien. Même si ces tierces personnes furent informées qu'elles ne pouvaient répondre à mes questions lors des entrevues, elles se sont toutes permis quelques commentaires, soit durant l'entrevue soit à la fin de celle-ci. Néanmoins, mentionnons que ces commentaires se sont révélés d'une très grande pertinence pour ma recherche.

La période des entrevues s'est échelonnée du 7 mai au 7 juillet 2001. La durée moyenne des entrevues fut d'une heure et quart. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur magnétophone et par la suite retranscrites par ordinateur. Au total, 15

personnes ont participé à la recherche : 4 hommes et 11 femmes⁴⁶, des veufs pour la plupart. Ils demeurent en majorité dans la région de Montréal et de Laval, à l'exception de 3 d'entre eux qui demeurent en Montérégie (plus spécifiquement à Saint-Jean-sur-Richelieu). L'âge des répondants se situe entre 63 ans et 95 ans, cependant il est à souligner que la majorité d'entre eux ont entre 70 et 80 ans. Toutes les personnes sont nées en Italie, sauf une qui est née au Canada, mais qui est repartie pour l'Italie avec ses parents à l'âge de 3 ans. Elle est ensuite venue s'installer au Québec avec son mari à l'âge de 25 ans. De façon générale, ces personnes sont au Québec depuis plus ou moins 45 ans⁴⁷. Tous les répondants sont aujourd'hui à la retraite. Ce que nous pouvons déclarer quant à l'emploi qu'ils ont occupé au cours des années passées, c'est qu'ils ont tous choisi des emplois ou des métiers où l'usage de la parole peut être relativement faible⁴⁸. La presque totalité des répondants ont dit communiquer en italien au travail avec la plupart de leurs collègues et patrons. Tous ont pour langue maternelle l'italien et parlent l'italien à la maison. En grande majorité, les personnes interviewées ne parlent pas l'anglais. Cependant, la plupart parlent un peu le français. Deux répondantes ont, de surcroît, affirmé parler très bien l'espagnol, puisque toutes deux ont habité nombre d'années en Argentine.

⁴⁶ Les femmes étant davantage restées à la maison, entre autres pour élever leurs enfants, elles sont plus nombreuses à peu ou pas parler les langues officielles du pays. Elles répondent ainsi plus facilement à notre critère de sélection.

⁴⁷ Concrètement, 12 répondants ont affirmé demeurer au pays depuis une quarantaine d'années, soit plus spécifiquement depuis entre 41 et 51 ans. Une personne nous a aussi déclaré habiter le Québec depuis 36 ans, une autre depuis 20 ans et finalement une dernière depuis 12 ans.

⁴⁸ Les hommes ont occupé des postes dans les domaines de la construction, de la restauration (dans les cuisines) et dans les manufactures. Quant aux femmes, à part égale, elles n'ont jamais travaillé, c'est-à-dire qu'elles sont majoritairement restées à la maison pour élever leurs enfants ou qu'elles ont travaillé dans le secteur de la couture (dans les manufactures). Enfin, l'une d'elles a également travaillé dans le secteur de la restauration (elle aussi, dans les cuisines).

Examinons maintenant les résultats de notre recherche. Ceux-ci ont été, de prime abord, organisés selon une certaine chronologie, c'est-à-dire que nous envisagerons, dans ce chapitre, nos données dans une logique d'étapes (de la prise de rendez-vous, en passant par la consultation chez le médecin jusqu'à l'achat des médicaments en pharmacie). De cette manière, nous essayerons de rester le plus près possible de l'expérience des patients d'origine immigrante telle que racontée en entrevue. Puis, à la lumière de ces expériences, nous ressortirons quelques constats quant à leur utilisation des services sociaux et de santé, la nature de leur relation avec les intervenants sociaux et médicaux et finalement, l'enjeu de leur communication avec les soignants.

5.3 Les expériences racontées par les personnes interviewées

Les personnes âgées sont reconnues comme étant de grands utilisateurs des services sociaux et médicaux. À cet égard, on peut remarquer que la majorité des personnes interrogées à l'occasion de cette enquête ne font pas exception. En effet, les personnes interviewées ont déclaré avoir eu besoin, à quelques reprises, de soins sociaux et médicaux dans les derniers six mois précédant notre rencontre. Nous ferons état de leurs expériences, de leurs observations, puis de leurs commentaires portant sur les services sociaux et médicaux. Aussi, à travers leurs discours, nous ressortirons les obstacles que les répondants ont identifiés et qui sont associés à l'utilisation de ces services.

Obtenir un rendez-vous

Obtenir un rendez-vous chez leur médecin est, pour nombre de répondants, une source de stress. Ce n'est pas le rendez-vous comme tel qui les effraie et les rend nerveux, mais plutôt le laps de temps qu'ils auront à patienter, avant de rencontrer leur médecin, qui les

inquiète et les angoisse. Effectivement, la peur de mourir avant d'avoir pu consulter un intervenant social et médical peut être présente à leur esprit. Par exemple, une répondante nous a déclaré devoir prendre un rendez-vous chez son médecin afin de faire examiner ses poumons malades. Or, selon ses dires, le rendez-vous ne pouvait être fixé que dans six mois, ce qui semblait être «une période d'attente trop longue» pour la répondante, «puisque'après six mois, je pense que la personne se sent mieux ou pire, elle est déjà morte, non? Tu dois y aller quand tu ne te sens pas bien. Lorsque quatre ou six mois passent, la personne ne se sent pas pareil⁴⁹».

Partageant ce point de vue, un autre répondant nous a affirmé, pour cette même raison, être nostalgique de l'époque où les médecins faisaient des consultations à domicile. D'un côté, selon cet interviewé, lorsque les médecins venaient à domicile, ils arrivaient à l'intérieur d'une demi-heure et traitaient mieux leurs patients. D'un autre côté, aujourd'hui il vaut mieux patienter pour voir son médecin plutôt que de se présenter à l'hôpital où l'attente peut s'avérer plus angoissante :

Ce n'est même pas pour le service, c'est seulement le fait que tu ne te rends pas nerveux... Quand tu vas à l'hôpital, tu es trois ou quatre jours jeté dans les corridors. Pour quelles raisons alors tu y vas à l'hôpital, pour t'énerver? Pour attraper des maladies? Dans ce cas, c'est mieux de patienter [pour ton médecin]⁵⁰.

Cependant, une répondante nous a déclaré, quant à elle, réussir à obtenir un rendez-vous

⁴⁹ Dopo sei mesi, io dico che una si sente meglio, o peggio è già morta, no? Tu devi andare che ti vedono quando non ti senti bene. Quando passano quattro o sei mesi la persona poi non è più uguale.

⁵⁰ Non è per il fatto del servizio, solo che non ti rendi nervoso... Quando vai all'ospedale stai tre o quattro giorni buttato nel corridoio. Per cosa ci vai all'ospedale, per arrabbiarti? A prendere malattie? Allora è meglio pazientare.

chez son médecin à l'intérieur d'un «délai raisonnable». Effectivement, depuis quarante ans, elle consulte le même médecin et celui-ci, lorsqu'elle doit le voir de manière plus urgente, arrive à lui trouver une place dans son horaire chargé.

Se rendre à un centre social et médical

Pour la plupart des personnes interrogées, un des obstacles majeurs à l'obtention de soins et de services, est simplement de se rendre à un centre social et médical. Quelques-unes, habitant près d'une clinique et étant peut-être plus autonomes, y vont à pied. Cependant, certaines d'entre elles ne savent se déplacer ni en métro ni en autobus. En ce sens, elles doivent toujours être accompagnées, comme nous l'explique par exemple cette répondante, qui ne se rend jamais à l'hôpital sans l'une de ses filles :

Mais, elles [mes filles] doivent toujours m'accompagner. À pied je ne peux y aller. Elles doivent toujours m'emmener en voiture, toujours en voiture. Toujours mes filles qui m'ont accompagnée, toujours elles. [...] Je ne pouvais pas, comment j'aurais fait, comment j'y serais allée, c'est toujours elles qui m'emmenaient en voiture...où j'irais moi, seule? En autobus, c'est difficile, elles ne m'ont jamais laissé le prendre⁵¹.

Quelques autres interviewés, ne pouvant être emmenés chez leur consultant par les membres de leur famille, nous ont affirmé avoir parfois recours à des personnes de leur entourage tels que des amis ou des voisins, la plupart du temps, de leur propre origine. Ainsi, une répondante, habitant seule et loin de ses enfants, nous déclarait faire parfois appel à quelqu'un du quartier, se disant chauffeur pour les personnes âgées, afin de répondre à ses nombreux «déplacements médicaux» :

⁵¹ Ma devono sempre accompagnarmi. A piedi non posso andarci. Devono sempre portarmi colla macchina, sempre colla macchina. Sempre le mie figlie che mi hanno portato, sempre loro. [...] Non

Dernièrement, lorsque pour la famille c'était trop fréquent, il y avait quelqu'un qui m'emmenait chez le docteur, chez le dentiste, à moitié prix qu'un taxi...c'était un bon accompagnateur. Il m'emmenait sur place, il connaissait presque tous les endroits, il m'emmenait...il était devenu comme un membre de notre famille⁵²...

La salle d'attente

La salle d'attente est perçue par certaines de nos personnes interviewées comme un lieu où règne la confusion. Quelques répondants nous ont dit que, parfois, il n'était pas aisé de comprendre l'ordre des rendez-vous du médecin. Une de nos répondantes, étant au pays depuis douze ans, nous a raconté comment, selon elle, son médecin faisait passer qui bon lui semblait dans son bureau :

[...] J'allais et je m'assoiais là et je voyais...le dernier jour que j'y suis allée, j'avais deux personnes avant moi...non, après moi, mais le docteur a fait passer ces deux personnes qui étaient arrivées après moi. J'avais une telle douleur à la tête, mais je me suis dit c'est peut-être moi qui confond les choses. Ensuite, j'ai dit à la secrétaire : j'ai mal à la tête, je ne me sens pas bien, pourquoi ils sont passés avant moi, cela fait une heure que j'attends⁵³?

Une autre personne nous a exposé, pour sa part, comment un médecin organisait le temps d'attente des patients en se servant de différentes salles d'attente. D'après celle-ci, la pratique du médecin consistait à donner, à une dizaine de patients, un rendez-vous à la même heure. Une fois les patients arrivés, il les faisaient patienter dans trois salles différentes (salle d'arrivée, salle d'attente et salle de consultation) dans le but de leur

potevo, come facevo, come andavo, loro mi portavano colle macchine...dove andavo io da sola? Coll'autobus è difficile, non mi hanno mai fatto prendere il «bus».

⁵² Quando per la famiglia era troppo spesso, ultimamente, c'era uno che mi portava a metà del prezzo di un taxi...era un buon accompagnatore. Mi portava sul posto, lui conosceva quasi tutti i posti, mi portava...era quasi come uno di famiglia...

⁵³ [...] Andavo, mi sedevo là e vedevo...l'ultimo giorno che ci sono andata, io avevo due davanti a me... non, dopo di me e il dottore ha fatto passare quelle due persone che erano arrivate dopo di me. Io, mi veniva un dolore di testa, mi sono detta forse sono io che confondo le cose. Poi, ho detto alla segretaria mi dole la testa, mi sento male, perchè ci vanno prima di me, se io è un'ora che sono arrivata?

faire croire qu'ils allaient être observés sous peu. Toutefois, cela n'était pas le cas, car selon notre répondante, lorsqu'elle avait un rendez-vous à dix-neuf heures, elle ne voyait jamais son médecin avant vingt-trois heures. Pour elle, cette situation était «incompréhensible» et révélait un «manque de compréhension et de considération» de la part de son médecin.

Parallèlement, certaines autres personnes interviewées nous ont indiqué que si le médecin ne suivait pas son horaire de rendez-vous, ce n'était pas nécessairement de sa faute. En ce sens, une répondante qui avait un rendez-vous chez son médecin, a patienté pendant plus de quatre heures avant d'être examinée par ce dernier. Mais, selon elle, ce sont les personnes âgées démunies qui mettent ainsi en retard le consultant. Voici donc ses explications qui disculpent le retard de son médecin :

[...] Ce n'est pas en plus qu'il y avait beaucoup de monde, c'est qu'il y a des personnes âgées, des personnes qui sont seules et qui se mettent à parler des fois une heure et nous devons attendre. Il y a des gens abandonnés, ils ne sont pas tous comme moi. Il y en a qui attendent leur tour et après ils pleurent dans le bureau, parce qu'ils sont dépressifs⁵⁴.

Dans le même ordre d'idées, nous avons constaté que la crainte d'attendre inutilement ou encore, comme nous l'explique cette interviewée, la peur d'être oubliés, dans la salle d'attente, par le personnel social et médical est présente chez certains répondants :

⁵⁴ Non è che c'era tanta gente, ci sono delle persone che sono sole e si mettono a parlare delle volte per un'ora e noi dobbiamo aspettare. C'è gente che è, che non ha nessuno, non sono tutti come me. Ce n'è che aspettano il loro turno e dopo piangono nell'ufficio perchè sono depressi.

Des fois, justement, pour la prise de sang, tu dois attendre des heures et souvent je pense : je parie qu'ils ont oublié que je suis ici⁵⁵.

La consultation (à l'hôpital, au CLSC ou encore au cabinet du médecin)

Les répondants nous ont relaté leurs expériences (relationnelles et communicationnelles) vécues lors de leur rencontre avec des intervenants des services sociaux et médicaux. Comme nous le verrons, ces interviewés nous ont décrit des situations où certains facteurs telles que la langue, la culture, l'origine et les attitudes des intervenants balisent, de diverses façons, les interactions entre soignant et soigné.

Plusieurs fois, les patients d'origine immigrante nous ont affirmé ressentir de «l'insécurité» lorsqu'ils doivent consulter un intervenant qui n'est pas de leur origine. Cette insécurité est notamment liée à leur difficulté à communiquer avec des soignants qui ne parlent pas leur langue. Cette lacune linguistique les indispose et les confronte à différentes situations, comme celles des malentendus de communication, que les patients immigrants voudraient assurément éviter. De ce fait, certains interviewés ont utilisé les termes «peur», «nervosité», «malaise» et «inconfort» pour décrire les sentiments qui accompagnaient leur difficulté à communiquer. L'inconfort, nous ont-ils fait remarquer, ne provient pas seulement de leur «gêne» personnelle reliée à leur méconnaissance de la langue, mais elle provient également d'un «malaise» qui s'installe devant tant d'efforts déployés par les intervenants pour qu'un entendement s'établisse entre eux. Ainsi, pour quelques-uns des répondants, la façon la plus aisée d'éviter les situations d'inconfort

⁵⁵ Certe volte, giustamente, per un'analisi del sangue devi aspettare delle ore e spesso penso : fammi vedere se hanno dimenticato che io son qui.

causées par la méconnaissance de la langue, et par le fait même, de remédier aux situations de malentendus de communication, est de chercher à se faire traiter par des professionnels sociaux et médicaux de leur propre origine. Toutefois, ceci n'est pas toujours possible. Alors, nous vous présenterons, ici, le genre de difficultés que ces personnes âgées d'origine italienne rencontrent lorsque les services sociaux et de santé ne leur sont pas fournis dans leur langue maternelle. En d'autres termes, nous tenterons d'envisager, ici, l'enjeu de la communication verbale des patients italiens interrogés à l'intérieur de cette recherche.

La difficulté linguistique est probablement l'une des plus importantes pour nos répondants. Cette difficulté ou même cette incapacité à communiquer est, pour eux, très «incommodante». En effet, certains répondants nous ont déclaré «avoir honte» de leur carence linguistique. En ce sens, quelques personnes interrogées nous ont expliqué pourquoi, après tant d'années, ils n'arrivaient pas à parler ni l'une ni l'autre des deux langues officielles du pays. D'une part, selon eux, il y a un âge pour apprendre une autre langue. De fait, certains interviewés sont arrivés au pays dans la quarantaine ou encore dans la cinquantaine. À cet âge, il est difficile d'apprendre une langue, parfois même encore plus difficile de retourner sur les bancs d'école pour l'apprendre. D'autre part, plusieurs personnes interrogées n'ont jamais travaillé, restant, pour la plupart d'entre elles, à la maison pour éduquer leurs enfants. Les occasions pour apprendre une nouvelle langue et pour la pratiquer avec les autres se voyaient donc diminuées. Malgré cela, les répondants nous ont affirmé s'accommoder d'une manière ou d'une autre avec leurs intervenants. Par exemple, certains, comme cette répondante, en luttant pour se faire comprendre :

Je parle français avec eux du mieux que je peux... du mieux que je peux. Les intervenants ont leur problème, celui de me comprendre. [...] Je répète, je répète et le médecin répète. Puis, je m'accompagne avec les mains⁵⁶.

D'autres, comme cette répondante qui reçoit, aux deux semaines, des intervenants du CLSC à domicile, en se résignant, c'est-à-dire en «laissant passer» beaucoup de choses qu'ils voudraient être en mesure d'exprimer :

Je ne comprends pas et ils ne me comprennent pas... tant de fois : Comment? Comment? Comment? Alors, je demeure ainsi, car je ne suis pas capable... Je me dis que je ne sais pas le dire et c'est tout. Je me résigne, puis il y a l'espoir que quelqu'un d'autre, une autre fois, me comprendra⁵⁷.

De manière plus concrète, quelques interviewés nous ont dit, d'une part, qu'ils éprouvaient beaucoup de difficultés avec les termes scientifiques, soit les termes médicaux. Ces termes, ils en sont toutefois conscients, seraient probablement tout aussi difficiles à saisir en italien. D'autre part, certaines personnes interrogées nous ont également confié leur difficulté, lors d'une hospitalisation, à comprendre le choix des repas, soit le menu qu'offre l'hôpital, n'ayant, comme cette répondante, d'autre choix que de manger ce que le personnel médical lui apporte :

[...] Ils t'apportent le «menu⁵⁸», et qu'est-ce que j'écrivais? Rien! Ce qu'ils m'apportaient, je le prenais. Je ne pouvais rien leur dire... Ce qu'ils m'apportaient, je le prenais, je le mangeais⁵⁹...

⁵⁶ Parlo francese con loro, mi sbroglio come posso, ... come meglio posso. Loro hanno il problema di comprendermi. [...] Ripeto, ripeto io e ripete il medico. Ed io m'accompagno colle mani.

⁵⁷ Non capisco e non mi capiscono... tante volte Come? Come? Come? Allora, rimango, perchè non sono capace... Dico io non lo so dire e basta. Mi rassegno e poi ho la speranza che qualcun'altro, un'altra volta, mi capirà.

⁵⁸ En français dans le discours de l'interviewée.

⁵⁹ [...] ti portavano il «menu» e cosa scrivevo? Niente! Quello che mi portavano me lo prendevo. Non potevo dirgli... Quello che mi portavano me lo prendevo, me lo mangiavo.

Pour sa part, une autre interviewée nous racontait qu'un médecin, qu'elle a consulté pendant plusieurs années, la reprenait inlassablement sur son français dans le but de lui apprendre correctement à parler la langue. Ainsi, lors de ses visites, elle se sentait comme à l'école, puisque sa relation avec son médecin s'apparentait à une relation de maître à élève :

Je suis allée chez le Docteur X pendant plusieurs années. Il n'est même pas Canadien, il est Français et il parlait «tic tic tac» [en faisant des gestes de snob]. Il me reprenait toujours, par exemple je disais «mi fa freddo» et lui disait non, «j'ai froid». Il me disait comment je devais dire. [...] Moi, j'essayais de me débrouiller en français et lui, il me disait comment dire. Il voulait m'enseigner à parler⁶⁰!

À quelques reprises, les personnes interviewées nous ont aussi signalé que souvent, en entendant leur accent, les intervenants les abordaient de prime abord en anglais. Pareillement, en constatant qu'une personne avait de la difficulté dans une langue (en français), les intervenants tentaient de s'exprimer dans l'autre langue (en anglais) en cherchant, le plus possible, à s'adapter à leur patient. Ce qui s'avérait, pour la plupart de nos répondants, une situation encore plus difficile.

Or, il peut arriver parfois qu'il soit impossible, pour le consultant de s'adapter, linguistiquement, à son patient. Ce fut le cas de l'un de nos répondants, à qui l'on venait d'annoncer qu'il avait une tumeur maligne. Ce dernier parle un peu français, mais ne parle pas l'anglais. Son médecin spécialiste, quant à lui, parlait uniquement anglais.

⁶⁰ Sono andata dal dottore X per tanti anni. Lui non è neanche un canadese è francese e parlava «tic tic tac». Mi riprendeva sempre quando parlavo, per esempio, io dicevo «mi fa freddo» e lui diceva : «Non, j'ai froid». Mi diceva come io devo dire. [...] Io tentavo di sbrogliarmi con la lingua e lui mi diceva come dovevo dire. Voleva insegnarmi a parlare!

C'est donc dans une langue que le patient ne saisit pratiquement pas que le médecin lui a annoncé le mal dont il souffrait. Le patient s'en est alors retourné chez lui possédant comme seule information, son diagnostic et pour seule indication, de venir au prochain rendez-vous accompagné d'un membre de sa famille, afin que le consultant puisse lui expliquer la procédure et les traitements à suivre. Or, ce qui a choqué notre interviewé, c'est la «rudesse» avec laquelle le médecin lui a annoncé sa maladie. Selon notre répondant, ce n'était pas «urgent» qu'il connaisse son mal, si le consultant ne pouvait le lui expliquer en français.

Paradoxalement, certains interviewés ont noté que l'interaction ne s'avérait pas nécessairement meilleure, voire plus aisée avec les intervenants italiens. En outre, selon ces personnes interrogées, les intervenants italiens n'ont pas l'ambition d'être parfaitement bien compris par leurs clients de même origine, car selon une répondante, «ils te disent, c'est ta langue, alors tu dois te débrouiller⁶¹». Tandis que les intervenants de la société d'accueil sont, d'après certains répondants, davantage soucieux de la clientèle immigrante, et par le fait même, ont davantage à cœur de se faire comprendre par le patient immigrant. C'est ce qu'entre autres une répondante a remarqué en arrêtant de fréquenter des médecins d'origine italienne :

Cet Italien allait plus rapidement, par contre, eux [les francophones], ils te parlent plus calmement, ils t'expliquent les situations, ils t'expliquent tout, tu sais? [...] Ils font tout pour se faire comprendre, pour que tu comprennes toutes les situations. Par exemple, Madame, si ce n'est pas comme cela, c'est comme cela. S'il y a quelque chose qui ne va pas, appelez immédiatement, tu sais ils t'aident, comment dois-je dire, ils te suivent pas à pas⁶².

Par contre, soulignons que malgré toutes ces difficultés occasionnées par la méconnaissance de la langue, nombreux ont été les répondants qui nous ont déclaré passer au-delà de celles-ci, puisqu'au bout du compte, ce qui leur importe, comme nous le confirme cette répondante ayant fréquenté des centres médicaux de villes différentes et des intervenants d'origines diverses, c'est d'être bien servi et d'être bien soigné :

[En parlant du personnel social et médical] Il y en a qui parlent français, il y en a qui parlent anglais et il y en a qui parlent italien, mais le service, ce n'est pas quelque chose de linguistique...la gentillesse non plus⁶³.

De même, une autre personne interrogée nous a déclaré avoir transféré son mari, ne parlant point les langues de la société d'accueil, d'un hôpital où il pouvait converser avec les intervenants en italien à un hôpital où il ne pouvait plus communiquer avec les intervenants, puisqu'en majorité d'origine francophone. Ainsi, malgré une divergence linguistique entre soignant et soigné, cette répondante a tenu à transférer son mari d'hôpital afin qu'il puisse bénéficier, d'après elle, de meilleurs services :

⁶¹ [...] ti dicono è la lingua tua, allora sai sbrogliarti.

⁶² Quell'italiano andava più alla svelta, invece questi ti parlano con calma, ti spiegano le situazioni, ti spiegano tutto sai? [...] Fanno tutto per farsi capire, per fare capire tutte le situazioni. Per esempio. «Signora, se non è così è così, se c'è qualcosa che non va, chiami subito». Sai ti aiutano, come devo dire, ti seguono.

⁶³ C'è chi parla francese, c'è chi parla inglese, c'è chi parla italiano, ma il servizio non è una cosa della lingua...la gentilezza neanche.

Le meilleur service, le meilleur et cela ne me dérange pas qu'ils [les intervenants] ne soient pas Italiens, c'est à l'hôpital [...]. Quand nous avons déménagé à [...], nous avons transféré mon mari de l'hôpital italien à l'hôpital francophone, même si mon mari ne parlait pas français, parce que le service était meilleur⁶⁴.

Dans le même ordre d'idées, certains répondants nous ont affirmé ne plus nécessairement chercher à obtenir les services dans leur langue. De fait, plusieurs interviewés ont réalisé qu'au-delà de la langue, ce qui importe le plus est la qualité du service, l'attitude de l'intervenant et la bonne volonté de ce dernier (volonté d'aider les patients et volonté d'arriver à se faire comprendre). Voici comment l'avant-dernière répondante a résumé, en peu de mots, ce que plusieurs répondants ont aussi exprimé :

À Montréal, ils parlent italien, mais à Saint-Jean⁶⁵, ils ont la gentillesse, tu sais? Ils te regardent toujours avec un beau sourire, ils sont souriants. Mais dès le début, je pense, il faut de la bonne volonté de la part du personnel à l'égard du patient et cela, à Saint-Jean, ils l'avaient⁶⁶.

Parallèlement, plusieurs personnes interrogées nous ont dévoilé les moyens qu'elles utilisent pour contrer les difficultés de communication. De fait, pour certains, la façon la plus aisée d'éviter toute situation de confusion avec leur intervenant, est d'être accompagné par un membre de la famille qui leur sert d'accompagnateur et de traducteur. Souvent, soulignons-le, il s'agit d'un fils ou d'une fille à qui le parent confie tous ses maux et en retour, celui-ci ou celle-ci s'entretient directement avec le consultant

⁶⁴ Il miglior servizio, il migliore e non m'importa che non erano italiani è stato all'ospedale [...]. Quando siamo venuti a [...], abbiamo trasferito mio marito dall'ospedale italiano a quello francofono, anche se mio marito non parlava francese perché il servizio era migliore.

⁶⁵ Ville de la Montérégie à population majoritairement francophone.

⁶⁶ A Montréal parlano italiano, ma a Saint-Jean, hanno la gentilezza, sai? Ti guardano sempre con un bel sorriso, sorridenti. Ma al principio, io penso che ci vuole la buona volontà del personale per il paziente e questo a Saint-Jean ce l'avevono.

ou traduit les propos du parent au médecin traitant. C'est le cas, par exemple, de cette répondante à mobilité réduite qui laisse son fils régir toutes ses rencontres médicales :

Mon fils majeur m'emmène [chez le médecin]. C'est toujours mon fils qui régir mes choses. Moi, je raconte à mon fils, et lui traduit à mon médecin⁶⁷.

Ici, nous avons remarqué que la cellule familiale semble être importante pour la majorité de nos répondants, puisque souvent sans elle, les personnes interrogées ne pourraient se débrouiller seules, comme en témoigne la fille d'une de nos interviewées, dans la société d'accueil :

Elle [sa mère] ne sait pas parler la langue, ainsi si personne, comme une de ses filles, une parente, ne s'occupe de l'emmener, aller-retour à l'hôpital, cela devient très difficile pour elle⁶⁸.

Ainsi, à travers les expériences racontées par les patients immigrants, nous avons observé que la solidarité familiale, qui s'étend parfois aussi aux amis et voisins de même origine, est un phénomène culturel très ancré dans leurs mœurs. C'est sûrement grâce à la solidarité familiale que certaines personnes âgées, comme notre plus vieille répondante de 95 ans, ont la possibilité d'habiter encore leur demeure. Cette solidarité, comme nous l'a expliqué cette même fille de répondante est en quelque sorte une loi de retour, c'est-à-dire l'occasion pour les enfants de prendre soin, à leur tour, de leurs parents.

⁶⁷ Mi porta mio figlio maggiore. È sempre mio figlio che segue le mie cose. Io racconto a mio figlio e lui traduce al mio dottore.

⁶⁸ Lei non sa parlare la lingua e se non ha qualcuno come una figlia, una parente che la porta, avanti e dietro, è molto difficile per lei.

Cependant, nous nous sommes aussi aperçu que pour d'autres personnes, un accompagnateur était synonyme de dépendance et de contraintes. En ce sens, une répondante habituée à plus d'autonomie, nous a confié qu'elle avait l'impression de «trimbaler» un petit chien lorsqu'elle sortait avec un accompagnateur (soit, pour elle, un membre de la famille qu'elle dérange et qu'elle incommode) :

À certains endroits, je ne trouve pas d'Italiens et là, je dois y aller avec un accompagnateur. C'est très difficile pour nous, les personnes âgées, et très dérangeant pour les accompagnateurs. C'est le problème de la langue qui ne veut pas me rentrer dans la tête et je dois toujours emmener un «petit chien» avec moi⁶⁹.

Tout comme cette répondante, quelques interviewés nous ont de même déclaré chercher la présence d'Italiens partout où ils allaient (à l'épicerie, à la pharmacie, etc.). De cette façon, ils s'assurent qu'en cas de besoin, une personne parlant leur langue pourra toujours les comprendre et les aider. C'est le cas pour certaines personnes interrogées habitant à St-Léonard qui, comme cette interviewée, nous ont relaté comment il était facile pour eux de repérer, à proximité de leur demeure, médecins, pharmaciens ou encore commerçants italiens :

C'est plus facile pour nous à St-Léonard parce que tout autour de nous, il y a des Italiens. Oui, oui et moi, en plus, je cherche toujours où sont les Italiens, ainsi, j'évite les problèmes⁷⁰...

Tandis que d'autres personnes interrogées nous ont avoué parler, malgré la différence

⁶⁹ In certi posti non trovo gli italiani e li devo andare con un accompagnatore. È molto difficile per noi gli anziani e molto fastidioso per gli accompagnatori. Questo è il problema della lingua che non vuole entrare nella mia testa e devo sempre portarmi un cagnolino appresso.

⁷⁰ È più facile per noi a St-Léonard perchè ci sono attorno tutti gli italiani. Sì, sì e poi, io cerco sempre posti dove ci sono gli italiani, così, scanso i problemi.

linguistique, en italien avec les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé d'origine autre qu'italienne. Selon ces répondants, au fil des ans, certains intervenants ont appris quelques paroles italiennes et avec un peu de temps et de patience, ils arrivent à comprendre, en général, ce que leurs patients d'origine italienne tentent de leur dire. Ces derniers étant incapables de «rejoindre» les soignants en communiquant avec eux dans les langues de la société d'accueil, ce sont donc les intervenants qui les ont «rejoins» en apprenant l'italien à leur contact. Ce fut la réalité de cette répondante qui a été hospitalisée pendant plusieurs semaines dans un hôpital où personne, de prime abord, ne parlait italien :

Quand j'étais à l'hôpital, mon fils avait écrit sur une feuille des mots en français avec leur traduction italienne. Il l'a laissée dans ma chambre d'hôpital et alors, les intervenants la lisaient et ainsi, ils m'aidaient avec la langue. [...] Ils ont appris à parler l'italien, on peut dire, parce que mon fils avait écrit toutes les choses. Par exemple, il avait traduit «male di testa» : mal de tête⁷¹.

Néanmoins, la majorité des répondants nous ont affirmé communiquer avec les intervenants par signes. Cette façon leur permet de créer, comme nous l'explique cette répondante, une certaine interaction avec les intervenants des services sociaux et de santé :

Avec mon médecin, quand il écoute mon cœur, moi je lui demande : comment il se porte? [geste de la main pour les battements de cœur]. Il me répond : bien [geste de la main], la pression? Bien [geste de la main]. Moi, je lui dis en italien et avec les mains, et lui, il me répond en anglais, «nice, nice⁷²» et avec les mains⁷³.

⁷¹ Quando ero all'ospedale, mio figlio ha scritto una carta con delle parole francesi e la loro traduzione in italiano. L'ha lasciata dentro la camera dell'ospedal e allora la leggevano e così capivano quando parlavo. [...] Hanno anche imparato a parlare italiano, per dire, perchè mio figlio aveva scritto tutte le cose, aveva tradotto, per esempio, male di testa : mal de tête.

⁷² En anglais dans le discours de l'interviewée.

Pareillement, une autre répondante, malgré son «inconfort» lié à sa méconnaissance des langues de la société d'accueil, a su développer une communication par signes avec ses consultants d'origine autre qu'italienne. Effectivement, cette personne nous a déclaré agir par imitation. Ainsi, ce sont davantage les médecins qui gesticulent pour lui faire comprendre leurs demandes :

Avec les médecins francophones ou anglophones, s'ils me disent, par exemple de souffler, ils le font d'abord et ensuite, je m'exécute. S'ils veulent que je me tourne d'un côté, ils se tournent pour me le faire comprendre, s'ils veulent que j'ouvre ma bouche et sorte ma langue, ils le font en premier...ils doivent toujours me le montrer avec des gestes⁷⁴...

Quelques interviewés nous ont de même signalé qu'ils faisaient répéter, à maintes reprises, les propos des intervenants, et ce, jusqu'à temps d'avoir bien compris les informations ou les indications de ces derniers.

Enfin, lors de la consultation, certains répondants nous ont décrit d'autres comportements de la part de certains intervenants sociaux et médicaux. Entre autres, une répondante s'est aperçu qu'un médecin ne dévoilait pas son origine italienne aux patients italiens. Effectivement, selon cette personne interviewée, certains consultants italiens ne «veulent pas faire découvrir qu'ils sont Italiens⁷⁵» et de ce fait abordent les patients de leur propre origine en français. Offusquée et incapable de concevoir la

⁷³ Con il mio dottore, quando mi ascolta il cuore io gli dico : com'è? Mi risponde : buono. E la pressione? Buona. Io gli parlo in italiano e con le mani e lui, mi risponde in inglese. «nice. nice» e con le mani.

⁷⁴ Con i dottori francesi o inglesi, se mi dicono, per esempio di soffiare, lo fanno prima e dopo lo faccio io. Se vogliono farmi girare da un lato, si girano prima loro per farmelo capire, se vogliono farmi aprire la bocca e uscire la lingua, lo fanno prima...me lo devono sempre mostrare con i gesti...

⁷⁵ [...] Non vogliono neanche farsi scoprire italiani...

chose, cette répondante au franc parler, a une fois exigé une explication au médecin d'origine italienne:

[...] Il y a des Italiens qui parlent français, si c'est à une «mademoiselle⁷⁶», et ils l'abordent en français, c'est correct. Mais si c'est une personne âgée qui ne sait pas parler et que toi, tu es un Italien, pourquoi ne parlerais-tu pas en italien avec elle? Lui [le médecin italien] s'est mis à rire lorsque je lui ai fait la remarque⁷⁷.

Aussi, à quelques reprises des interviewés nous ont confié se sentir «méprisés» par les intervenants sociaux et médicaux de leur propre origine. En effet, nombre d'interviewés décrivent les intervenants italiens en des termes de «hauteur», de «prétention» ou encore «d'arrogance». Plusieurs nous ont même déclaré préférer les intervenants francophones ou anglophones, car avec eux, les impressions de «grandeur», voire de «dédain» n'existent pas ou du moins ne se font pas ressentir. Autrement dit, plusieurs personnes âgées rencontrées se sentent davantage d'égal à égal avec les intervenants de la société d'accueil qu'avec les intervenants d'origine italienne. C'est le cas de cette répondante qui, mentionnons-le, a beaucoup fréquenté des intervenants d'origine italienne, mais maintenant préfère davantage consulter des intervenants de la société d'accueil, soit d'origine francophone ou anglophone :

À [...] ils [les professionnels de la santé] étaient un peu hautains, parce qu'ils sont Italiens. Ils étaient un peu hautains, mais c'était propre, c'était propre, non? À [...] c'était propre, mais ils étaient un peu hautains. Nous sommes bien traités, mais sans plus⁷⁸...

⁷⁶ En français dans le discours de la répondante.

⁷⁷ Ci sono gli italiani che parlano francese. Se è una «mademoiselle» e che si avvicinano per parlare francese va bene. Ma se è un vecchietto e non sa parlare e tu sei italiano perchè non parlargli in italiano? Lui si è messo a ridere quando gliel'ho fatto notare.

⁷⁸ A [...] erano un poco superbi perchè erano italiani. Erano un poco superbi, ma però era pulito, era pulito, no? A [...] era pulito, ma erano un poco superbi. Il servizio lo facevano bene, ma non di più...

Également, d'autres interviewés nous ont affirmé ressentir un certain «dédain», voire une certaine «condescendance» à leur égard dans l'attitude adoptée par quelques soignants d'origine italienne. Entre autres, une répondante nous relatait son expérience avec un pédiatre italien «dédaigneux» de la réaction de son fils lors d'un examen de la gorge :

Les Italiens vraiment... Une fois, pendant que le médecin mettait à mon fils, tu sais la chose dans la bouche pour l'examiner, eh bien mon fils a eu envie de vomir. Le médecin a dit : ne me dis pas que tu vas tout me restituer ici, tu vas tout me salir ici dedans? Alors, cela ne m'a pas trop plu ce qu'il a dit, tu comprends? Ensuite, nous n'y sommes plus allés ⁷⁹ [...]

Néanmoins, il n'en est pas seulement ainsi pour les intervenants d'origine italienne. En effet, certains interviewés nous ont rapporté des attitudes qu'ils considèrent déplaisantes impliquant également des intervenants de la société d'accueil. En outre, quelques répondants nous ont signalé que certains professionnels sociaux et médicaux ne les prenaient pas réellement en considération. Par exemple, cette répondante dont il a été question plus haut, pouvant très difficilement communiquer dans l'une ou l'autre des deux langues officielles du pays, habitant seule et recevant, aux deux semaines, la visite d'une infirmière du CLSC, nous a déclaré que si elle posait des questions aux intervenants sur un mal pour lequel elle ne consultait pas, elle se faisait très rapidement répondre que tout était normal, les médecins ou autres intervenants lui donnant ainsi l'impression de ne pas l'avoir écoutée :

Je ne peux pas tout leur raconter [aux infirmières du CLSC qui viennent à domicile]. Elles regardent ce qui est important. Si je dis quelque chose, soit que j'ai mal à l'oreille, soit à la gorge [en faisant les signes avec les mains], elles ne m'écoutent pas. Elles font et voient ce qu'il y a sur les analyses et c'est tout. Elles me disent que ce sont des choses passagères⁸⁰...

Un autre répondant dont la fille a la maladie de Crawn, nous a aussi fait le même genre de commentaire. De fait, selon lui, souvent les médecins considèrent à peine sa fille, la condamnant d'avance, puisqu'impuissants devant sa maladie :

Plus d'une fois j'ai trouvé qu'ils ne la voyaient pas, qu'ils ne la regardaient pas, les médecins ne peuvent rien pour elle... ils la jugent⁸¹.

Le diagnostic

Revenons sur l'exemple du patient atteint depuis peu d'un cancer, celui-là même à qui l'annonce de sa maladie lui a été révélée dans une langue (l'anglais) qui lui est pratiquement incompréhensible. Outre le choc de l'annonce de sa maladie, ce qui a davantage «marqué» notre interviewé, selon ses dires, c'est la façon de procéder, au niveau médical, de son médecin spécialiste. Effectivement, d'après cette personne interrogée, le médecin aurait pu lui dire : «regardez, la chose est un peu sérieuse, mais je veux parler avec vos fils pour tout leur expliquer», étant donné que le patient ne comprend pas l'anglais. En Italie, nous a-t-il indiqué, «quand ils trouvent quelque chose

⁷⁹ Gli italiani veramente... Una volta ho trovato, mentre stava mettendo a mio figlio la cosa in bocca per esaminarlo, a lui veniva da vomitare. Il dottore ha detto : non è che mi rimetti qui, mi sporchi qui dentro, no? Allora non mi è piaciuta tanto la cosa che ha detto, capisci? Così poi, non ci siamo andati più [...]

⁸⁰ Ma non posso raccontargli tutto. Loro guardano quello che è importante. Se dico qualche cosa o che mi fa male l'orecchio o mi fa male la gola, loro non ascoltano. Fanno e vedono secondo le analisi, questo è tutto. Dicono che sono cose passante...

⁸¹ Più di una volta ho trovato che non la vedono, non la guardano, non possono neanche far niente per lei... la giudicano.

d'anormal...quand c'est malin, ils ne le disent pas au patient, ils le disent à la famille. Au contraire, ici, ils te le disent en pleine face. Ce sont des manières de faire, entre l'Italie et ici, différentes, peut-être que c'est la culture... En Italie, ils y vont davantage avec la famille⁸²». Ainsi, ce patient aurait préféré, compte tenu de la situation, que le médecin parle de son état de santé en présence de sa famille.

À l'inverse, quelques personnes interrogées nous ont souligné la créativité que les intervenants déploient pour concevoir des moyens simples afin de leur faire comprendre la nature de leur maladie ou encore les indications médicales. C'est ce que nous a raconté, entre autres, ce même répondant atteint d'un cancer, qui a consulté son cardiologue pour un problème de valve au cœur qui ne fermait pas bien. Pour notre interviewé, le diagnostic ne signifiait rien. Le médecin lui a alors fourni une explication imagée afin de mieux l'informer sur son état. Ainsi, il lui a expliqué «[...] qu'une valve au cœur qui se perd, c'est comme une porte qui ne se ferme pas bien, elle ne se ferme pas bien donc il y a de l'air qui passe. De la même manière, la valve au cœur que vous avez, elle ne ferme pas bien et il y a de l'air qui sort, c'est-à-dire qu'il y a du sang qui s'échappe⁸³». Avec cet exemple, notre répondant a très bien compris le fonctionnement de sa valve malade et ainsi a pu s'en retourner chez lui informé et rassuré sur son état de santé.

⁸² [...] quando non trovano normale, quando è maligno, non lo dicono al paziente, lo dicono alla famiglia. Invece qui te lo dicono in faccia [...] Sono modi di fare, tra l'Italia e qui, sono modi di fare differenti, forse è la cultura che è così... In Italia, ci vanno più con la famiglia.

⁸³ [...] una valvola che perde è come una porta che non chiude bene, allora dici non chiude bene, passa dell'aria. E così la valvola del cuore che hai, non chiude bene e c'è aria che esce fuori, vuol dire che c'è sangue che sfugge.

Le suivi (à la maison ou médical)

Après la consultation, certains répondants nous ont indiqué devoir faire un retour sur les recommandations de leur médecin. En effet, certains interviewés nous ont raconté que dans les cas où ils ne comprennent pas, pendant la rencontre, ce que l'intervenant tente de leur expliquer, ils leur demandent d'écrire sur papier les informations à retenir. Ainsi, une fois rendus à la maison, comme nous l'explique ce répondant, ils peuvent relire ces informations, chercher dans le dictionnaire les mots qu'ils ne saisissent pas ou encore montrer le papier à un membre de la famille qui les aidera à comprendre les indications du médecin :

Par écrit, en français ou en anglais, je comprends ce qu'ils veulent dire, c'est plus facile. [...] Alors souvent, lorsque j'arrive à un certain point que je ne comprends pas, je dis : «please put on paper...write⁸⁴», parce que là [dans le bureau de l'intervenant], je ne réussis pas à comprendre, mais quand j'arrive chez moi, je prends le dictionnaire et j'essaie de comprendre⁸⁵.

De la même manière, une autre personne interrogée, cherchant sans cesse à gagner de l'autonomie malgré sa carence linguistique, nous a raconté qu'à la pharmacie, elle devait toujours se faire écrire sur papier les indications, soit la posologie des médicaments afin que son fils puisse lui expliquer, de retour à la maison, comment prendre ses prescriptions.

Parallèlement, quelques personnes se sont, quant à elles, plaintes du manque de suivi

⁸⁴ En anglais dans le discours du répondant.

⁸⁵ Scritto in francese o in inglese comprendo quello che vogliono dire...è molto più facile. [...] Allora spesso quando arrivo a un certo punto che non comprendo, dico : «please put on paper...write», perchè se là non me la cavo, poi quando arrivo a casa prendo il dizionario e provo a capire.

médical de la part de leur intervenant. Par exemple, le répondant dont la fille a la maladie de Crawn s'est déjà présenté chez son médecin afin d'obtenir les résultats d'un examen d'audition qu'il avait passé, mais a dû s'en retourner bredouille, puisque celui-ci n'avait même pas jeté un coup d'œil sur les résultats de son analyse :

Quand je suis retourné [chez le médecin] pour avoir le résultat, je suis retourné après un peu de temps, je suis arrivé là, et elle ne savait rien sur mon examen qu'elle m'avait fait passer. Je l'ai «envoyé se promener» et je suis parti! Je lui ai dit : tu me fais venir ici, tu as mon dossier en main et tu me demandes ce que j'ai? Tu le sais, moi, je ne le sais pas. J'ai fait l'examen, tu as le résultat, je suis venu ici pour savoir le résultat, non pas pour te le dire⁸⁶.

À l'opposé, un autre répondant nous a loué, quant à lui, «l'attention» et la «délicatesse» de son médecin spécialiste. Ce patient nous a affirmé être «renversé» par tant de «considération» de la part de son médecin spécialiste qui lui a téléphoné à la maison afin de s'informer de son état de santé, ainsi que de sa réaction aux médicaments. Paradoxalement, cet interviewé nous a confié n'avoir jamais été l'objet de tant «d'attention» et de «considération» de la part de son médecin de famille, qui lui, le dessert depuis plus de quarante ans.

À la pharmacie

La répondante dont il a été question plus haut qui a vu son fils se faire traiter avec «dédain» par son pédiatre, a également rejoint les commentaires de certains autres répondants en ce qui a trait à «l'attitude hautaine» des intervenants d'origine italienne.

⁸⁶ Quando ritornai per il risultato, ritornai dopo un po' di tempo, sono arrivato là e lei non sapeva niente del «test» che avevo fatto. L'ho mandato a quel paese e me ne sono andato! Ho detto : tu mi fai venire qui, hai le carte in mano e chiedi a me quello che ho? Tu lo sai, non io. Ho fatto il «test», tu hai il risultato e sono venuto qui per sapere il risultato, non per dartelo io.

Pour sa part, son expérience concerne cependant une pharmacienne d'origine italienne. Cette pharmacienne, selon elle, ne voulait pas renouveler sa prescription de médicaments. Celle-ci lui demandait de retourner voir son médecin pour se la procurer. Or, le médecin de notre interviewée, lui avait bien spécifié de faire appeler sa pharmacienne à son cabinet afin qu'il puisse, de vive voix, lui donner l'autorisation du renouvellement des médicaments. D'après la personne interrogée, jamais la pharmacienne n'a voulu téléphoner au médecin, «s'entêtant» à ce que la cliente retourne chez son médecin pour avoir la même prescription. Finalement, le problème s'est résolu avec l'aide d'une pharmacienne francophone :

Puis, c'est comme cela qu'ils ont fait, mais avec difficulté, tu sais, cette Italienne... la francophone par contre, parce que l'Italienne, elle, n'a pas voulu me donner les médicaments, non. L'Italienne pouvait aussi bien téléphoner au médecin! Je te le dis les Italiens, uhmmm...
 -Mais pourquoi ils sont comme cela?
 -Parce qu'ils ont la tête enflée...sinon je ne vois pas pourquoi⁸⁷.

5.4 Constats

À la lumière de ces témoignages, nous nous pencherons, ici, sur quelques facteurs, qui nous le croyons, tiennent un rôle d'importance variable sur la communication, de même que sur la relation entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et patients d'origine immigrante.

⁸⁷ Poi, hanno fatto così, ma con difficoltà, sai, questa italiana un altro poco e... la francese invece, perchè l'italiana non ha voluto darmi le medicine, no. L'italiana poteva benissimo telefonare al dottore! Te lo dico gli italiani, uhmmmm... - Ma perchè sono così? Perchè se la vedono grande... altrimenti non lo so il perchè.

La langue est, généralement, au centre des interactions sociales. Comme nous l'avons vu, entre autres à l'occasion de cette enquête, la langue peut être un obstacle à la communication. Mais inversement, la méconnaissance d'une langue peut engendrer une ouverture sur une autre forme de communication, celle-là non verbale. Entre autres, nous avons constaté, à travers différents témoignages, que la barrière de la langue était perçue et vécue de deux manières différentes par les personnes interrogées lors de cette recherche. D'une part, certains interviewés nous ont affirmé composer avec leur carence linguistique. Notamment, en luttant pour se faire comprendre et en créant des moyens pour contourner la barrière de la langue, barrière qui de prime abord, les oppose aux intervenants de la société d'accueil. Paradoxalement, la divergence linguistique, ne semble pas être un obstacle insurmontable pour ces répondants, puisque selon leurs dires, la qualité des soins n'est pas tributaire de la langue, mais davantage de l'intervenant, soit de son attitude, de sa volonté d'aide, de sa disponibilité, de sa qualité d'écoute, de son sourire. Pour ces raisons, certains interviewés nous ont déclaré préférer composer avec une divergence linguistique plutôt qu'avec des intervenants parlant leur langue maternelle, puisque selon eux, ils sont mieux traités, soit avec davantage de patience et de gentillesse, par les intervenants de la société d'accueil.

D'autre part, quelques interviewés nous ont démontré qu'ils évitaient, le plus possible, les intervenants d'origine autre qu'italienne. Effectivement, ces répondants nous ont dit fonctionner presque uniquement dans un réseau où il leur était possible de trouver médecins, infirmières et pharmaciens italiens. Cependant, les occasions se sont présentées où ces interviewés étaient contraints d'interagir avec des intervenants de la société d'accueil. Dans ces cas, certains répondants nous ont confié être inconfortables avec ces derniers, de même qu'avoir honte, en leur présence, de leur faible niveau de

compétence linguistique. Toutefois, ce qui semble davantage les incommoder, ce sont les conséquences pouvant être associées à leur carence linguistique, telles que leur perte d'autonomie et de liberté, puisqu'ils se révèlent incapables de se débrouiller, en dehors de leur milieu, sans «trimbaler un petit chien», soit un accompagnateur-traducteur.

La différence de culture, comme explication aux situations de communication vécues de manière problématique, n'a pas été fortement relevée par les répondants. Cependant, nous estimons que nous pouvions, à quelques reprises, ressentir son agir de façon implicite, plus particulièrement lorsque certaines personnes interrogées ont commenté les comportements de quelques professionnels médicaux⁸⁸. L'exemple le plus clair étant toutefois celui du patient à qui on a appris la gravité de sa maladie, sans qu'il puisse bien la comprendre en raison de la divergence linguistique entre soignant et soigné. La manière de faire du consultant a choqué le patient, puisque selon lui, il aurait pu attendre qu'il soit accompagné d'un membre de sa famille pour lui expliquer sa maladie et ainsi lui donner la possibilité d'être rassuré quant à la gravité de son état de santé.

Dans le même ordre d'idées, nous avons remarqué que lorsque les interviewés nous décrivaient les comportements des intervenants, ils précisaient souvent l'origine de ces derniers. Grâce à cette information, nous avons pu observer que la divergence d'origine entre soignant et soigné n'est pas au centre de malentendus de communication.

⁸⁸ Précisons, ici, que les attitudes «méprisantes» de certains intervenants d'origine italienne envers les patients de même origine, pourraient peut-être s'expliquer par le facteur culturel. De fait, il nous semble que chez la population d'origine italienne, il soit d'usage de traiter tout détenteur d'un diplôme universitaire, comme un docteur en titre, un érudit, voire une sommité. Or, la population italienne immigrée est surtout une population de travailleurs, soit des individus sans grande scolarité. Selon nous, il est alors possible que les professionnels italiens «regardent de haut» leurs patients de même origine, entre autres pour bien leur faire ressentir les différences de classe et leur démontrer qu'ils ont «réussi» professionnellement.

De fait, les patients évoquent plutôt l'origine des intervenants afin d'interpréter des comportements, de la part d'intervenants, qu'ils ne peuvent comprendre (*a fortiori*, ici, ceux d'intervenants de leur propre origine). En somme, l'origine des intervenants semble moins reliée aux difficultés de communication qu'à des problématiques relationnelles entre aidant et aidé.

Le temps de l'attente du rendez-vous ou de la consultation est un facteur contextuel abondamment décrit par nos répondants. Ce facteur, ne semble pas être réellement responsable de situations vécues de manière problématique par le soigné ou plus spécifiquement de malentendus de communication, mais il paraît plutôt agir tel un irritant qui peut entraver la relation entre l'aidant et l'aidé et, de ce fait, peut-être mener le patient à changer de consultant. Or, pour la plupart des personnes interrogées, le temps de l'attente semble être un facteur contrôlé par les intervenants, c'est-à-dire dépendant de l'organisation de leur horaire. À travers les divers discours de nos répondants, on peut déceler trois différents «moments d'attente». En premier lieu, il a été question du temps à patienter jusqu'au rendez-vous. À ce sujet, la majorité des interviewés nous ont confié trouver le temps d'attente «trop long» pour obtenir un rendez-vous chez leur médecin. En second lieu, il a été question du temps à patienter avant la consultation. En ce sens, quelques interviewés se sont plaint du retard que leur médecin prenait dans son horaire de rendez-vous. Puis en troisième lieu, les personnes interrogées ont commenté la durée de la visite chez l'intervenant, soit le temps de la consultation écoulé dans le cabinet ou le bureau de ce dernier. Ici, certains répondants nous ont dit ne pas ressentir l'entière disponibilité de leurs intervenants, ressentant davantage que le temps qu'ils leur allouaient était compté.

En dernière analyse, nous avons vu que l'attente chez les personnes interrogées donne souvent naissance à des sentiments de crainte et d'insécurité. Par conséquent, la crainte de mourir avant d'avoir pu consulter leur médecin, la peur d'attendre inutilement, soit de perdre leur temps, ainsi que la peur d'être oubliés par le personnel social et médical sont des préoccupations présentes à leur esprit.

En bref, les facteurs linguistiques et culturels (incluant celui de l'origine), puis le facteur temps sont des éléments qui semblent avoir une certaine influence sur la relation, ainsi que sur la communication entre soignant et soigné d'origine immigrante. Les facteurs linguistiques et culturels, contrairement à ce que l'on pourrait penser, ne paraissent pas, outre mesure, empêcher, selon leur évaluation, la plupart des personnes interrogées à bien fonctionner dans le système hospitalier québécois. Toutefois, certains interviewés étant davantage affectés par ces facteurs, nous ont affirmé être seulement capables de les outrepasser avec l'aide de leur famille. Finalement, le facteur temps est peut-être celui qui irrite davantage les répondants. Combiné à la méconnaissance des langues officielles du pays, le temps d'attente (du rendez-vous ou de la consultation) accroît les peurs et les insécurités des patients immigrants. Par exemple, certaines personnes nous ont déclaré avoir toujours des doutes, lorsque l'attente est «trop longue» quant à leur compréhension des événements : se sont-elles trompées de jour ou d'heure? Le médecin les a-t-il déjà appelées ou les a-t-il oubliées dans la salle d'attente?

En conclusion, nous avons vu, tout d'abord, que les obstacles à l'utilisation des services sociaux et de santé qu'ont soulevés nos répondants concernent particulièrement l'obtention de ces services. Se rendre à ces services implique de l'organisation pour

certain interviewés, puisque nombre de répondants ne peuvent aller à la clinique ou à l'hôpital sans un accompagnateur. De plus, il est difficile de gérer cet horaire lorsque le rendez-vous est donné à l'intérieur d'un important laps de temps. Autrement dit, il n'est pas aisé, pour quelques répondants, de prévoir si leur accompagnateur sera en mesure de les emmener à leur rendez-vous, lorsque celui-ci est fixé dans les trois à six prochains mois. Conscients aussi qu'il leur reste relativement peu de temps à vivre, les mois à patienter avant qu'ils puissent rencontrer leur médecin paraissent, pour les personnes âgées interrogées, des années.

De même, nous nous sommes penchés sur la relation entre soignant et soigné immigrant, soit principalement sur les attitudes et les comportements, rapportés par nos interviewés, de certains intervenants sociaux et médicaux. Paradoxalement, les attitudes et comportements, qualifiés de «déplaisants» par quelques interviewés, sont davantage associés aux intervenants d'origine italienne. Quoique mal à l'aise de nous relater leurs mauvaises expériences impliquant des professionnels sociaux et médicaux de leur propre origine, plusieurs répondants n'ont tout de même pas hésité à comparer, c'est-à-dire à établir des différences entre les intervenants italiens et ceux de la société d'accueil (selon leur appellation, les «francophones» ou les «anglophones»). Entre autres, ce que les interviewés ont souligné, c'est la «distance» avec laquelle les intervenants d'origine italienne les traitaient. En ce sens, plusieurs personnes interrogées ont affirmé ressentir que les professionnels sociaux et médicaux d'origine italienne les «regardaient de haut», ressentant même parfois de leur part, une certaine «condescendance» et un certain «dédain». Par ailleurs, ces répondants ont affirmé se sentir davantage d'égal à égal, voire «comme des amis» avec leur consultant francophone ou anglophone. D'après certaines personnes interrogées, ces derniers leur consacrent plus de temps et font

montre d'une meilleure qualité d'écoute. Donc, le temps accordé aux patients, l'écoute et le sourire font dire aux personnes immigrantes interviewées qu'elles sont mieux traitées par les intervenants de la société d'accueil que par ceux de leur propre origine.

De même, nous avons envisagé les situations de communication vécues de manière problématique par le patient immigrant. Pour ce faire, nous avons tenté de vérifier si les barrières linguistiques et culturelles sont responsables des malentendus de communication entre aidant et aidé d'origine immigrante. Or, nous avons vu que les barrières linguistiques et culturelles apparaissent dans le discours des patients d'origine immigrante, mais non pas principalement pour expliquer les difficultés de communication. En effet, malgré une barrière linguistique indéniable, plusieurs répondants nous ont démontré qu'ils arrivent à s'ajuster et à contourner les obstacles qu'occasionne la méconnaissance d'une langue. Certains autres, par contre, ont davantage appris à se faire comprendre au-delà des mots par les intervenants sociaux et médicaux de la société d'accueil. De ce fait, pour la majorité de nos répondants, la barrière linguistique n'est pas un obstacle insurmontable à la communication. Aussi, il en va de même pour la barrière culturelle, qui ne figure pratiquement pas dans le discours de nos interviewés.

CHAPITRE VI

L'apport des différentes approches disciplinaires à la compréhension des difficultés de communication relevées

Au début de ce mémoire, nous avons suivi les pistes explicatives que la littérature nous proposait concernant les difficultés de communication entre soignant et soigné d'origine immigrante. Par conséquent, nous avons remarqué qu'au moins quatre perspectives (psychologique, culturaliste, sociolinguistique et sociologique) ont été élaborées par différents auteurs dans l'analyse des malentendus de communication entre intervenants sociaux et médicaux et patients d'origine immigrante. En ce sens, nous avons constaté que les références linguistiques, culturelles et ethniques sont largement étudiées par les chercheurs des diverses perspectives, afin d'appréhender ces malentendus de communication. C'est donc à la lumière de nos résultats d'enquête que nous examinerons si les informations que nous ont fournies les répondants vont dans le même sens que nos lectures. En d'autres termes, nous tenterons d'analyser ici, jusqu'à quel point les facteurs linguistiques, culturels et ethniques ont une incidence déterminante, selon les répondants, sur la relation d'aide qui s'engage entre eux et les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé. Pour ce faire, nous repasserons en revue les quatre perspectives les plus reconnues dans les recherches portant sur la communication interethnique et, parallèlement, nous tenterons de percevoir quel éclairage celles-ci apportent à nos données d'enquête.

Dans la littérature, l'approche culturaliste suggère que les différences de culture sont déterminantes dans les rapports entre aidant et aidé d'origine immigrante. En effet, la

perspective culturaliste est fondée sur l'idée que la culture et l'appartenance ethnique des gens jouent un rôle important dans les problèmes de communication. Aussi, l'approche culturaliste, notamment développée par Cohen-Émerique (1984, 1993), suppose que le locuteur est porteur de sa culture (normes, valeurs, croyances, coutumes) dans l'acte de communication. Ainsi, lorsque deux locuteurs d'origine ethnique divergente interagissent, ils font se rencontrer des cultures pouvant s'avérer fort différentes l'une de l'autre. La rencontre entre ces différents univers de normes et de valeurs peut occasionner, selon les chercheurs rattachés à cette perspective, des malentendus de communication, voire d'après Cohen-Émerique, des chocs culturels⁸⁹.

Parallèlement, comme nous l'avons vu précédemment dans ce mémoire, la vision «culturaliste» s'étend également au domaine de la psychologie sociale. En effet, d'après l'approche psychologique, la culture des patients d'origine immigrante s'avère un critère d'importance à l'étude de la relation d'aide. C'est pourquoi, les psychologues sociaux s'intéressent principalement à l'interaction entre la culture des patients et l'assistance (la thérapie) psychologique. Ainsi, dans les recherches s'inscrivant sous la perspective psychologique, des auteurs tels que Gailly (1991) et Ong et al. (1995) vont impliquer le client d'origine immigrante dans le choix d'un traitement en concordance avec son système de normes et de valeurs. Cependant, les chercheurs qui relèvent de cette perspective supposent que ce sont surtout les perceptions et les représentations

⁸⁹ Rappelons que par chocs culturels, Cohen-Émerique (1984,1993) sous-entend une situation d'incompréhension créatrice de malentendus de communication, soit une situation provoquant des réactions de dépaysement, de frustration, de rejet, de révolte ou encore d'anxiété pouvant se manifester autant chez l'intervenant que chez le patient. Enfin, il est à préciser que ces réactions ou que ces chocs culturels se situent, généralement, au niveau de la sphère des valeurs des individus.

divergentes de la santé et de la maladie, ainsi que des services sociaux et de santé qui causent des situations de communication problématiques entre intervenant et patient immigrant. Donc, selon eux, la communication interethnique est à la base conflictuelle, puisqu'elle rassemble deux locuteurs (dans notre cas, l'aidant et l'aidé) ne partageant pas et ne se référant pas aux mêmes notions et représentations liées à un concept donné.

L'approche sociolinguistique se divise en deux courants : la sociolinguistique traditionnelle et la sociolinguistique critique. Pour sa part, la sociolinguistique traditionnelle conçoit aussi la culture telle une piste explicative à certains phénomènes langagiers (dont celui des difficultés de communication) survenant en contexte multiethnique. La perspective de la sociolinguistique traditionnelle, notamment élaborée par Gumperz (1982, 1989), suggère que le locuteur est influencé linguistiquement par son bagage culturel et social. En effet, selon l'auteur, une communication entre locuteurs d'origine culturelle et sociale semblable risque d'être plus réussie qu'une communication entre locuteurs d'origine culturelle et sociale divergente. Sous cet angle, plus les locuteurs se ressemblent de par leur nationalité, leur culture, leur langue et de par leur statut social, plus leurs interactions devraient se dérouler sans anicroche.

Dans à la foulée de la sociolinguistique critique, des auteurs tels Singh, Lele et Martohardjono (1988), s'interrogent à savoir jusqu'à quel point la relation d'aide est influencée par l'appartenance ethnique des personnes en cause. Parallèlement, Singh (1998) se demande si la culture de l'autre (celle du soignant comme celle du soigné) tient un rôle réellement important dans la communication entre ces derniers. De fait, le facteur culturel fait-il vraiment partie des problèmes de communication? D'après Singh,

Lele et Martohardjono (1988), il est plus facile «d'ethniciser» les problèmes de communication, c'est-à-dire d'attribuer aux situations problématiques de communication une interprétation ethnique plutôt que de chercher des solutions autres. Ainsi, selon ces auteurs, au-delà des divergences linguistiques, culturelles et ethniques, d'autres facteurs influencent le déroulement des interactions entre locuteurs d'origine diverse, tels la tolérance, la coopération et la réceptivité. Entre autres, Singh (1998) a relevé une situation où des malentendus de communication surgissaient entre deux interlocuteurs, car l'interlocuteur non immigrant n'était pas disposé à «recevoir», voire à comprendre les propos de la personne immigrante. En ce sens, pour cerner des facteurs explicatifs autres que linguistiques, culturels et ethniques, cet auteur croit qu'il faudrait d'abord éviter de présupposer que l'immigrant est le seul et unique acteur à causer des malentendus de communication. D'après lui, les chercheurs s'intéressant à la communication interethnique devraient alors mener leur étude de manière égalitaire, soit en considérant les interlocuteurs, de même que leur langue respective, sur un même pied d'égalité.

Les premiers travaux touchant davantage l'aspect social de la communication sont associés aux sociolinguistes Labov et Milroy. Principalement, la perspective sociologique privilégie l'étude des phénomènes langagiers à l'intérieur du cadre (du milieu) dans lequel ils évoluent. Ainsi, c'est en s'intéressant au côté social des interactions de communication que Labov (1976) et plus tard Milroy (1987) ont remarqué que les différentes manières de parler sont révélatrices des rapports sociaux entre interlocuteurs. En d'autres termes, ces auteurs ont découvert que les diverses

manières de parler révèlent l'inégalité des interactions et ainsi, dévoilent la «nature» des rapports sociaux entre interlocuteurs.

Or, c'est lorsque les rapports sociaux et non les phénomènes langagiers prennent davantage d'importance dans les recherches sur le langage et la communication que l'on franchit la frontière entre le domaine de la sociolinguistique et celui de la sociologie du langage. Effectivement, selon McAll (1992, 1994), c'est lorsque l'accent est porté sur les rapports sociaux, qui se mettent en place dans le langage, que l'on prête réellement existence à la sociologie du langage. De ce fait, c'est en situant les interactions interethniques dans le cadre des rapports sociaux au sens large et non principalement dans le cadre du langage que nous pouvons dégager d'autres pistes explicatives aux malentendus de communication entre aidant et aidé d'origine immigrante.

Au cours de notre analyse, nous avons pu associer certains exemples aux différentes perspectives envisagées, dans le cadre de ce mémoire, pour la compréhension des difficultés de communication entre soignant et soigné. Tout d'abord, en ce qui concerne l'approche culturaliste, nous avons fait ressortir des réactions d'incompréhension ou des chocs culturels vécus par quelques-uns de nos répondants. De fait, à quelques reprises nous nous sommes aperçu que certains interviewés n'arrivaient pas à comprendre les comportements de leur consultant. Par exemple, le répondant atteint de la maladie du cancer, nous a confié s'être senti désorienté par la manière de procéder, au niveau médical, de son médecin. Effectivement, dans son pays d'origine, nous a-t-il indiqué, lorsqu'ils trouvent quelque chose de malin, ils ne le disent pas au patient, ils le disent à la famille. Tandis qu'ici, ils t'annoncent de but en blanc ta maladie, et ce, même si tu n'es pas accompagné par l'un de tes proches. Enfin, selon le répondant, ce sont des

manières de faire, entre l'Italie et ici, différentes, peut-être attribuables à la divergence culturelle.

En ce qui a trait à la perspective psychologique, nous avons relevé peu de cas où une divergence de représentation semblait être au centre de malentendus de communication. Ce même exemple, parmi les divers témoignages que nous avons recueillis, pourrait pourtant illustrer une telle divergence de représentation liée au concept de la maladie, et plus particulièrement au cancer. Comme nous l'avons vu, un répondant s'est fait annoncer, dans une langue qu'il ne saisit pratiquement pas (en l'occurrence l'anglais), qu'il avait le cancer. Selon cette personne interrogée, son médecin n'aurait pas dû lui dévoiler la gravité de sa maladie dans la situation où il se trouvait, c'est-à-dire ne comprenant pas l'anglais, de même qu'étant seul, soit non accompagné par un membre de sa famille. Ce patient perçoit le cancer comme une maladie grave, voire mortelle, tandis que pour le médecin, le cancer apparaît davantage comme une maladie guérissable. La divergence de leur représentation du cancer a dressé un obstacle entre eux et installé un «froid» dans leur communication. Dès lors, le répondant a trouvé que son consultant le traitait avec «rudesse», car celui-ci n'a pas tenu compte du fait qu'il pouvait être gravement troublé par l'annonce de sa maladie, en plus de le faire sentir, selon ses dires, linguistiquement et culturellement inadapté dans sa société d'adoption.

Certains autres témoignages recueillis auprès de nos interviewés abondent aussi dans le sens de l'optique de la sociolinguistique traditionnelle. Par exemple, une répondante nous a dit rechercher uniquement les endroits (clinique, pharmacie, épicerie, etc.) où les services pouvaient lui être fournis en italien. Elle avoua que, pour elle, il était inconcevable d'être mieux servie par des personnes d'origine autre que la sienne,

puisque linguistiquement et culturellement, elle ne peut bien se faire comprendre que par des Italiens.

Puis en adoptant la «vision» de la sociolinguistique critique, nous avons constaté que, dans la littérature, la parole est rarement donnée à la personne d'origine immigrante, soit dans notre cas, aux patients immigrants. Effectivement, très peu d'études se sont intéressées à ce que les personnes immigrantes avaient à dire sur la communication interethnique. Notre recherche a donc été conçue dans le but de palier aux nombreuses études déjà existantes sur les difficultés de communication rendant état, cependant, d'un seul acteur impliqué dans les interactions interethniques, le professionnel non immigrant. En procédant de la sorte, nous nous sommes donc aperçu, tout comme le pense Singh (1998), que les situations conflictuelles de communication ne sont pas générées exclusivement par les personnes d'origine immigrante. Par contre, c'est sous la perspective de la sociologie du langage que nous avons notamment remarqué que le déroulement de l'interaction entre interlocuteurs est davantage redevable de la «nature» de la relation entre soignant et soigné que des barrières linguistiques, culturelles et ethniques comme telles, même si ces dernières font parfois obstacle chez l'intervenant comme chez le patient.

Jusqu'à présent, nous avons parcouru les perspectives explicatives qui ont été les plus développées dans la littérature en ce qui concerne les difficultés de communication entre interlocuteurs d'origine divergente. Ce faisant, nous avons tenté de déterminer comment chacune de ces approches s'appliquait à nos données d'enquête. Autrement dit, nous avons cherché à comprendre les malentendus de communication sous l'angle de ces quatre perspectives. Ici, nous exposerons toutefois comment nos résultats de recherche

vont parfois à l'encontre des explications psychologiques, culturalistes et sociolinguistiques. Explications qui rendent, rappelons-le, les critères linguistiques, ethniques et culturels responsables des situations problématiques de communication entre intervenant et patient immigrant.

Tout d'abord, l'aspect purement linguistique des interactions entre soignant et soigné constitue une réelle préoccupation, nous le croyons, autant pour les intervenants que pour les patients immigrants. Néanmoins, nous avons vu par le biais de notre recherche que d'après les personnes interrogées, les difficultés de communication n'étaient pas nécessairement associées à la barrière linguistique. Effectivement, nous nous sommes aperçu que pour certains répondants, la langue ne constitue pas l'élément principal d'une communication réussie, puisque comme nous l'a mentionné une interviewée, ce qui prime ce n'est pas que les soins soient fournis en français, en anglais ou en italien, mais qu'ils soient plutôt offerts par des intervenants gentils, souriants et désireux d'aider le patient immigrant. En ce sens, quelques répondants nous ont déclaré préférer être traités par des soignants de la société d'accueil plutôt que par ceux de leur propre origine, malgré la divergence linguistique. En effet, certains interviewés nous ont confié se sentir plus à l'aise avec des intervenants francophones et anglophones, et ce, même si linguistiquement et culturellement ils leur sont dissemblables. Ainsi, certaines personnes interrogées nous ont dit qu'une bonne communication entre soignant et soigné n'impliquait pas nécessairement que les deux interlocuteurs partagent la même culture, la même origine et le même système langagier. Parallèlement, nous avons remarqué qu'entre soignant et soigné de même origine des situations conflictuelles de communication pouvaient également survenir. Dès lors, à l'encontre de ce qu'avance

Gumperz (1982, 1989), deux personnes de même origine, soit deux locuteurs partageant un même bagage linguistique, ethnique et culturel, ne semblent pas nécessairement échapper aux difficultés de communication.

Dans le même ordre d'idées, pour Cohen-Émerique (1984, 1993), lorsque deux interlocuteurs d'origine divergente se rencontrent, ils mettent en scène des systèmes de normes et de valeurs pouvant s'avérer fort différents l'un de l'autre. Or, cette différence, selon l'auteur, peut occasionner des chocs culturels chez les individus d'origine diverse, c'est-à-dire des situations d'incompréhension, d'inconfort et de frustration. Cependant, nous avons relevé au sein de notre enquête que la plupart des situations d'incompréhension qui nous furent relatées impliquent, paradoxalement, davantage des intervenants et des patients de même origine. Par exemple, une répondante s'est rendu compte qu'un médecin ne dévoilait pas son origine italienne à ses patients italiens. Pour la personne interrogée, cette situation allait à l'encontre de ses valeurs, soit celles de solidarité et d'entraide entre individus de même origine. De fait, il était inconcevable pour cette interviewée qu'un professionnel de la santé d'origine italienne n'aide pas davantage ses pairs, ce qui explique entre autres, sa réaction de frustration envers ce dernier. Il en va de même pour la personne qui, à la pharmacie, n'a pas reçu la compréhension et l'aide attendues par la pharmacienne de la même origine qu'elle. Selon la répondante, c'est grâce à l'implication d'une pharmacienne francophone, plus conciliante que l'italienne, qu'elle a réussi à obtenir le renouvellement de sa prescription sans avoir à retourner chez son médecin. Alors, à la lumière de ces exemples, l'hypothèse de Cohen-Émerique ne s'avère qu'en partie vérifiée. En effet, d'après nos données d'enquête, les chocs culturels ne surviennent pas uniquement entre intervenant

et patient d'origine ethnique divergente, mais également entre soignant et soigné de même origine ethnique et culturelle. Par conséquent, nous croyons que l'approche culturaliste ne devrait pas seulement étudier l'incidence des différences ethniques et culturelles entre locuteurs interagissant ensemble, mais également considérer l'enjeu de la communication entre locuteurs qui partagent un même système de normes et de valeurs.

Parallèlement, McAll et al. (1997) se sont demandés si la «distance culturelle» entre soignant et soigné d'origine immigrante gênait réellement leur communication. Or, leur étude a suggéré que plus les gens connaissent les autres, moins ils ont tendance à faire appel à certaines étiquettes, ethniques et culturelles, pour expliquer les problèmes de communication. Autrement dit, plus il existe une certaine proximité relationnelle entre les locuteurs, moins ces locuteurs associent leurs malentendus de communication à des divergences de langue et de culture. Ici, mentionnons qu'il aurait été intéressant que la démarche de McAll et al. (1997) ne tienne pas uniquement compte du regard des intervenants sur les situations de communication interethnique, mais également celui des patients immigrants. Dans le but d'obtenir une meilleure vue d'ensemble sur la relation d'aide entre soignant et soigné d'origine immigrante, les chercheurs auraient ainsi pu valider leur hypothèse auprès des patients d'origine immigrante.

Pour notre part, nous avons observé que nos répondants faisaient appel, comme le soulèvent McAll et al. (1997), à des étiquettes ethniques afin de catégoriser les intervenants. D'un côté, nous avons constaté que dans certains cas, l'origine ethnique de l'intervenant était mentionnée, mais qu'il n'y avait pas de lien fait par le patient entre celle-ci et la situation de communication relatée. Dans ce cas, la variable «ethnique»

servait plutôt de critère minimale d'identification, et par le fait même, elle agissait à titre de caractéristique centrale permettant au patient de se souvenir de l'intervenant. D'un autre côté, la mention de l'origine ethnique de l'intervenant peut s'avérer une explication charnière à la situation problématique de communication décrite par le répondant (McAll et al. 1997). Effectivement, nous avons remarqué qu'à travers quelques témoignages de répondants, le facteur ethnique n'est plus qu'une simple question d'étiquetage, mais devient un facteur explicatif des situations problématiques de communication entre intervenant et patient. Il y a, par exemple, la personne interrogée qui explique l'attitude de certains consultants italiens par leur origine : « À [nom de l'hôpital] ils [les professionnels de la santé] étaient un peu hautains, parce qu'ils sont Italiens. Ils étaient un peu hautains...⁹⁰ ». Bref, comme c'est le cas ici, l'étiquette ethnique peut aussi véhiculer un jugement «racisant».

À la lumière de certains résultats de recherche, il est également à se demander si, pour les patients, l'établissement d'une certaine «compatibilité interindividuelle» avec les intervenants importerait davantage que le partage d'un même bagage culturel dans la relation d'aide qui s'engage entre eux. De fait, nous avons observé que pour plusieurs répondants ce n'était pas réellement les similitudes linguistiques et culturelles qui les rapprochaient de leur intervenant, mais plutôt les qualités personnelles de celui-ci (écoute, patience, gentillesse, etc.). De là, ces qualités personnelles auront le pouvoir d'exercer une influence positive ou négative sur le déroulement de leur interaction. En d'autres termes, la rencontre de deux personnalités (ici, du soignant et du soigné) a peut-

⁹⁰ A [...] erano un poco superbi perchè erano italiani. Erano un poco superbi...

être une plus grande incidence sur la communication interethnique (ou encore sur la communication au sens large) que les facteurs linguistiques et culturels. En ce sens, nous pensons que les barrières linguistiques et culturelles entre intervenant et patient pourraient être atténuées par cette «proximité interindividuelle», puisqu'entre autres, celle-ci implique une constance dans la qualité des services et des soins offerts aux patients (à noter, par qualité des services et des soins, nous entendons un minimum de temps et de réceptivité alloués au patient). À ce sujet, notre recherche suggère que nous sommes peut-être moins différenciés par nos cultures et langues d'origine qu'unis par un certain potentiel de «sympathie interindividuelle». Ainsi, la proximité relationnelle entre aidant et aidé pourrait finalement avoir raison de la «distance culturelle», à moins que l'on cherche, consciemment, à maintenir cette distance à des fins d'exclusion ou de marginalisation sociales (McAll et al., 1997).

Enfin, c'est en concevant le langage comme une partie intégrante du social qu'il nous a été possible de mettre en lumière, de manière différente, l'enjeu des difficultés de communication du point de vue des patients immigrants. Outre les divergences linguistiques, ethniques et culturelles entre interlocuteurs, nous pensons que des facteurs tels que le pouvoir, le prestige (Singh, 1998), de même que des facteurs socio-économiques produisent, à travers le langage, différents types de rapports sociaux qui, dans notre enquête, se traduisent par certains comportements. Par exemple, les sentiments de malaise que quelques patients ressentent vis-à-vis des intervenants de leur propre origine, pourraient peut-être s'expliquer par le facteur de pouvoir ou encore d'hégémonie. En outre, il y a le cas de la répondante à qui son médecin faisait une leçon de français à chacune de ses consultations. Concrètement, cette interviewée nous a

confié qu'avec ce consultant, elle se sentait «inférieure», voire «rabaissée» puisque ce dernier se prenait pour son maître d'école, et par le fait même, lui faisait sentir qu'elle était une bien piètre élève de français. Pour sa part, le médecin ne s'est peut-être jamais rendu compte qu'il embarrassait sa patiente, car notre répondante ne lui a jamais signifié qu'elle n'aimait pas être inlassablement corrigée. Néanmoins, elle considère qu'elle n'avait pas non plus à le faire, puisque selon ses dires, ils arrivaient à se comprendre, malgré ses erreurs grammaticales. Or, dans ce cas, le médecin paraît s'enorgueillir, selon la patiente, de sa position sociale, jusqu'à abuser du rapport de pouvoir ou encore d'autorité qu'il exerce sur cette dernière.

Il en est de même pour la répondante qui a eu bien du mal à obtenir, à la pharmacie, le renouvellement de sa prescription médicale. Sachant pertinemment qu'elle y avait droit, puisque son médecin le lui avait spécifié, cette interviewée s'est obstinée avec la pharmacienne italienne. Cependant, cette dernière n'a jamais voulu lui renouveler, souhaitant plutôt que la cliente retourne chez son médecin dans le but de se procurer à nouveau les mêmes médicaments. Cette pharmacienne n'a pas voulu non plus consentir à la proposition de la cliente, soit de communiquer avec le médecin afin de régler ce malentendu. L'attitude peu conciliante de la pharmacienne italienne a donc été perçue par notre répondante comme une mise à distance de sa part. Une mise à distance attribuée, par notre interviewée, à la différence de leur statut social. Certes, la cliente s'attendait à une interaction plus aisée avec cette pharmacienne, voire à obtenir plus de collaboration de la part de celle-ci, compte tenu du fait qu'elles sont de la même origine. Toutefois, il n'en a pas été ainsi, car d'après notre répondante, la pharmacienne avait trop la «tête enflée» pour considérer sa proposition et de ce fait accepter de l'aider. Ici, le facteur de prestige semble tenir, aux yeux de la répondante, un rôle de premier

plan dans la relation de ces deux locutrices de même origine. Prestige relié à la profession de l'une qui a peut-être trop fait ressentir à l'autre l'écart social (de statut et de classe) qui les séparait. Bref, la cliente a ressenti la mise à distance de la pharmacienne, car cette dernière lui a peut-être trop démontré qu'elle était en position de décider pour elle, et qu'en tant que cliente, elle n'avait d'autre choix que d'accepter ce qu'elle, en tant que professionnelle, lui conseillait.

Dans le même ordre d'idées, ce pourrait-il qu'entre intervenant et patient de même origine immigrante, la différence socio-économique soit aussi responsable de situations problématiques de communication? Dès lors, en tant que facteur entravant la communication entre soignant et soigné de même origine, serait-il possible que la différence socio-économique joue un rôle de plus grande importance que les facteurs linguistiques, ethniques et culturels? À l'intérieur de notre recherche, cette différence socio-économique semble parfois se traduire par des comportements «méprisants» que certains patients italiens ont attribués aux intervenants de leur propre origine. Ainsi, quelques intervenants imposeraient peut-être une distance à leurs patients (qu'ils soient de même origine qu'eux ou non), par exemple sous forme d'attitudes hautaines et condescendantes, dans le but de bien délimiter les différents statuts sociaux, de même que les différences de classe. D'après nos entrevues, nous pensons que ces pistes explicatives mériteraient d'être davantage approfondies à l'occasion d'études ultérieures portant sur la communication entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et usagers d'origine immigrante.

Finalement, malgré l'application des trois approches (psychologique, culturaliste et sociolinguistique) à nos données de recherche, nous avons constaté que certains

éléments leur échappent. Cependant, en adoptant la perspective de la sociologie du langage, soit en cherchant à mieux comprendre les rapports sociaux entre les acteurs, à travers le langage, de nouvelles pistes explicatives (autres que linguistiques, ethniques et culturelles) s'ouvrent à nous. De fait, en accordant une attention particulière aux rapports sociaux en train de se construire, nous avons vu que certains facteurs, qu'ils soient socio-économiques ou reliés au pouvoir et au prestige, pouvaient nous aider à saisir certaines situations problématiques de communication. Dès lors, nous nous sommes aperçu, en interrogeant des usagers immigrants des services sociaux et de santé, que les problèmes de communication sont moins reliés à des questions purement ethnolinguistiques, mais plutôt à des circonstances d'interaction, à la qualité et à la «nature» (autorité, confiance, pouvoir) de la relation d'aide. C'est donc dire que la plupart des patients immigrants interrogés dans le cadre de notre enquête considèrent que les divergences linguistiques, ethniques et culturelles n'expliquent qu'en partie les malentendus de communication.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressés aux difficultés de communication vécues par certains usagers des services sociaux et de santé d'origine immigrante. Au cours des deux dernières décennies, ce sujet a été traité à plusieurs reprises dans les rapports de recherche (gouvernementaux et autres) portant sur l'accessibilité des personnes d'origine immigrante au système de soins. Comme nous l'avons constaté, les différents auteurs de ces rapports de recherche interprètent, principalement, les malentendus de communication en termes linguistiques et culturels. De fait, d'après ces auteurs, le faible niveau de compétence linguistique (en français ou en anglais) de certains immigrants, ainsi que la «distance culturelle» entre les valeurs des intervenants et celles des patients immigrants, représenteraient les deux obstacles majeurs à une intervention réussie.

Dans le but d'explorer les malentendus de communication, nous nous sommes proposés d'interviewer un acteur souvent peu considéré dans les études portant sur la communication interethnique, soit l'interlocuteur immigrant. Par notre recherche, nous avons cherché à savoir comment les personnes d'origine immigrante éprouvent leur difficulté à communiquer avec les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé. Nous avons également tenté de relever en quels termes les patients immigrants rendent compte des malentendus de communication. Parallèlement, nous avons vérifié si les personnes interrogées considéraient qu'il existe des obstacles à l'accessibilité des services sociaux et de santé. Si tel était le cas, nous leur avons demandé à quoi ils

attribuaient ces obstacles. Nous avons alors interrogé 15 patients d'origine immigrante, plus spécifiquement des personnes âgées d'origine italienne. Notre entrevue portait sur l'ensemble des situations de communication que les répondants ont vécues lors de leurs dernières consultations avec les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé. À l'intérieur de ces descriptions d'interaction, nous leur demandions, entre autres, de nous parler de leur relation avec l'intervenant, ainsi que de nous préciser la «nature» des difficultés qui surgissaient lors de leurs situations de communication. Enfin, nous avons examiné si leurs commentaires rejoignaient les conclusions des différents rapports de recherche et des études portant sur les malentendus de communication entre interlocuteurs d'origine divergente.

Nous avons ensuite procédé à l'analyse des discours recueillis lors de notre enquête. Notre analyse reprend les divers moments qui entourent la consultation médicale, tels que décrits par les patients immigrants (soit, de la prise de rendez-vous au suivi médical en clinique ou à la maison). De ces différents témoignages, nous avons pu tirer quelques constats.

Tout d'abord, nous avons vu que les obstacles à l'utilisation des services sociaux et de santé qu'ont soulevés les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche concernent particulièrement l'obtention de ces services. En effet, plusieurs répondants nous ont confié trouver le temps d'attente «trop long» avant de pouvoir rencontrer leur médecin. D'autres interviewés nous ont avoué, pour leur part, être incapables de se rendre seul à leur rendez-vous. Effectivement, quelques personnes nous ont déclaré avoir toujours recours, lors de leur visite médicale, à un accompagnateur-traducteur. Certains répondants ne s'expriment que très difficilement dans l'une ou l'autre des deux

langues officielles du pays et ne pouvant de surcroît se déplacer, ni par leurs propres moyens ni en transport en commun, nécessitent les services d'un accompagnateur-traducteur, dans la plupart des cas un membre de leur famille, afin d'accéder aux soins requis.

Ensuite, nous avons envisagé la relation d'aide. De fait, nous avons tenté de percevoir comment les patients d'origine immigrante interrogés se sentaient, sur le plan relationnel, en présence de leur soignant. Ici, les personnes interviewées nous ont affirmé se sentir davantage d'égal à égal avec les intervenants de la société d'accueil qu'avec ceux de leur propre origine. En ce sens, quelques répondants nous ont confié percevoir parfois un certain «mépris» à leur égard de la part d'intervenants italiens. «Mépris» visible, d'après les répondants, à travers différents types d'attitudes imposant une certaine «distance» entre l'intervenant et le patient (attitudes telles que la condescendance et le dédain relevant d'un rapport d'autorité ou de pouvoir).

Puis, nous avons analysé les situations de communication vécues de manière problématique par les répondants. Nous avons vu que les facteurs linguistiques, ethniques et culturels avaient une incidence, variable, sur la communication entre soignant et soigné d'origine immigrante. Toutefois, ces facteurs semblent, pour nombre de répondants, ne pas réellement entraver leur communication. De fait, la qualité des soins et la qualité de la relation d'aide paraissent davantage, pour plusieurs personnes interrogées, contribuer à la réussite de leurs interactions. Dès lors, même s'il est peut-être plus vraisemblable de penser que les individus s'entendent et se comprennent grâce à un partage d'un même bagage ethnique, linguistique et culturel, nos résultats de recherche suggèrent plutôt que c'est une certaine «proximité interindividuelle» ou

encore un potentiel de «sympathie relationnelle» qui ont une incidence, positive ou négative, sur la communication entre l'aidant et l'aidé.

Enfin, nous avons examiné, à la lumière des différentes approches disciplinaires (psychologique, culturaliste et sociolinguistique) élaborées pour la compréhension des difficultés de communication, comment nos résultats de recherche pouvaient être appréhendés par ces dernières et aussi comment certains éléments d'analyse échappaient à leur éclairage. C'est en adoptant la perspective de la sociologie du langage que nous avons pu ouvrir la voie à de nouvelles pistes explicatives aux difficultés de communication. En effet, c'est en accordant une attention particulière aux rapports sociaux, à l'œuvre dans le langage, que nous avons constaté l'influence de facteurs autres que linguistiques, ethniques et culturels, sur la communication interethnique, voire sur la communication dans ses manifestations les plus générales. Grâce aux descriptions d'interactions rapportées par les patients immigrants interrogés, il nous a été possible d'observer des rapports sociaux en train de se construire et de là, identifier ce qui semble entraver la communication entre l'aidant et l'aidé. Nous avons dès lors remarqué que la responsabilité des malentendus de communication n'incombait pas seulement aux facteurs linguistiques, ethniques et culturels. Ces malentendus pourraient aussi relever de divergences de statut social et de classe sociale. À quelques reprises nous nous sommes également aperçu que les situations problématiques de communication n'étaient pas uniquement générées, comme le suggèrent certains chercheurs, par le patient immigrant, mais aussi par le professionnel du domaine des services sociaux et de la santé (d'origine immigrante ou non).

Au terme de cette recherche, il nous semble que les difficultés de communication survenant entre soignant et soigné d'origine immigrante ne peuvent être qu'en partie expliquées par les divergences linguistiques, ethniques et culturelles des interlocuteurs. Contrairement à ce qu'avancent certains auteurs tels que Gumperz et Cohen-Émerique, nous pensons que ces barrières ne sont peut-être pas si déterminantes à la réussite des interactions entre individus d'origine divergente. De fait, nous pensons que d'autres facteurs explicatifs tels socio-économiques, de prestige ou de pouvoir peuvent agir sur le déroulement de la communication entre soignant et soigné.

Sans minimiser l'importance et nier l'existence des barrières linguistiques et culturelles au cœur de la communication interethnique, nous croyons qu'il ne faudrait toutefois pas utiliser à outrance ces dernières pour expliquer les situations problématiques de communication (par exemple en «ethnisant» d'emblée les problèmes de communication entre individus d'origine divergente) ou encore s'en servir comme d'un paravent, car derrière les situations problématiques de communication se cachent d'autres problèmes d'ordre relationnel que ceux relevant uniquement de la langue et de la culture.

Finalement, nous pourrions peut-être considérer l'incidence qu'a l'âge des répondants sur certains types de malentendus de communication. Certains problèmes de communication pourraient-ils effectivement s'expliquer davantage par des éléments indissociables des réalités inhérentes au troisième âge qu'à ceux liés au contexte de l'immigration (comme la méconnaissance des langues officielles du pays, de la culture, etc.)? De fait, les principaux obstacles soulevés à l'accessibilité des soins par les personnes interrogées, soit leur difficulté à obtenir un rendez-vous dans un délai jugé

raisonnable (entre 3 et 6 mois) et leur incapacité à se rendre, par leurs propres moyens, chez le consultant s'appliquent-ils uniquement aux personnes âgées d'origine immigrante ou encore aux personnes âgées de manière générale?

Dans le même ordre d'idées, les sentiments de crainte, de peur et d'incertitude que certains interviewés nous ont avoué ressentir lorsque, par exemple, l'attente se faisait «trop longue» chez leur médecin, ne peuvent-ils pas également être attribués au fait que certaines personnes, en vieillissant, se sentent moins sûres d'elles et craignent ainsi d'avoir été oubliées ou encore d'avoir été appelées par le médecin, sans s'en apercevoir? Ces insécurités, nous les avons surtout attribuées à l'angoisse que vivent les répondants qui ne savent pas se débrouiller dans l'une ou l'autre des deux langues officielles du pays. Mais, au terme de cette recherche, nous croyons que ces insécurités pourraient aussi relever des peurs que vivent la plupart des personnes âgées. En ce sens, nous pensons que certains problèmes de communication sont particulièrement rattachés à une population ciblée, comme le sont les personnes âgées. À ce sujet, ne faudrait-il pas envisager les personnes âgées tel un groupe social ayant des difficultés particulières à s'exprimer et à se faire comprendre par les intervenants des services sociaux et de santé? De plus, il faudrait peut-être voir si la perception que se font les personnes âgées de leurs intervenants (comme la perception de leur statut social) ne les «paralyseraient» pas verbalement. Par exemple, il serait intéressant d'étudier jusqu'à quel point ces personnes peuvent être intimidées par le vocabulaire médical qu'emploie leur soignant.

Puis, outre de se faire mal comprendre, cette population peut également mal entendre les propos d'autrui, ainsi qu'avoir des difficultés à retenir les recommandations de leur intervenant. À l'occasion de cette recherche, quelques interviewés nous ont justement mentionné que parfois, leur audition ou leur mémoire leur faisaient défaut et

que ces défaillances leur causaient des problèmes, entre autres, au sein de leurs interactions avec les soignants. Encore une fois, il serait peut-être important de vérifier si ces difficultés s'appliquent uniquement aux personnes âgées d'origine immigrante et comment cette population est plus ou moins sujette à des situations problématiques de communication de ce genre.

Bref, c'est sous l'éclairage de la sociologie du langage que nous nous sommes aperçus que l'acte de communication pouvait renfermer une quantité de «pièges» ou d'obstacles étant redevables de certaines réalités sociales. Ce sont, entre autres, ces «pièges» qui ralentissent le but de l'échange entre soignant et soigné, c'est-à-dire le mieux-être et la guérison du patient. Dès lors, la sociologie du langage propose d'examiner les rapports sociaux entre acteurs afin de désactiver ces «pièges» à l'œuvre dans le langage et, par le fait même, d'amorcer la communication et les problèmes de communication sous l'angle des relations sociales.

BIBLIOGRAPHIE

ARGYLE, M. (1982), «Inter-cultural communication», in Brochner, S., *Cultures in contact. Studies in cross-cultural interaction*, Oxford : Pergamon Press, p. 61-80.

ARPIN, Jacques A. (1992), «L'identité culturelle du clinicien et son rôle dans sa relation avec le patient», *Santé mentale au Québec*, XVII, 2, p. 99-112.

BIBEAU, Gilles (1987), *À la fois d'ici et d'ailleurs : les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé*, Les publications du Québec.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude (1964), *Les héritiers : les étudiants et la culture*, Paris : les Éditions de Minuit.

BOURDIEU, Pierre (1982), *Ce que parler veut dire*, Paris : Fayard.

BROWN, Jo, Sarah (février 1994), «Communication strategies used by an expert nurse», *Clinical nursing research*, volume 3, no 1, 43-56.

CHOMSKY, Noam (1965), *Aspects of Theory of Syntax*, Philadelphia : MIT Press.

COHEN-ÉMÉRIQUE, Margalit (1984), «Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux. Formation à la méthode des incidents critiques», *Cahiers de sociologie économique et culturelle (ethnopsychologie)*, no 2, p. 183-218.

COHEN-ÉMÉRIQUE, Margalit (1993), «L'approche interculturelle dans le processus d'aide», *Santé mentale au Québec*, volume 18, no 1, p. 71-92.

Commission Rochon (1987), *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux : problématiques et enjeux*. Les publications du Québec.

DE GRÈVE, M. (1983), «La compétence réceptive : une solution éventuelle ?», *Recherches sociologiques*, 14, 1, p. 59-73.

FÉDÉRIC, François (1990), «Heurts et malheurs de l'interaction verbale», *La communication inégale*, Paris : Édition Delachaux et Niestlé, p. 213-272.

FISHMAN, Joshua A. (1972a), *The sociology of language. An interdisciplinary social science approach to language in society*, Massachusetts : Newbury house publishers.

FISHMAN, Joshua A. (1972b), «The Relationship between Micro-and-Macro-Sociolinguistics in the Study of Who Speaks What Language to Whom and When», in Pride, J.B. and Holmes, J., *Sociolinguistics*, Middlesex : Penguin Books.

FISHMAN, Joshua A. (1971), *Sociolinguistique*, Bruxelles : Labor.

GAILLY, Antoine (1991), «Problèmes liés au contexte multiculturel de la relation soignant-soigné», in LEMAN, Johan et GAILLY, Antoine, *Thérapies interculturelles. L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*, Bruxelles : Éditions universitaires de Broeck, p. 97-150.

GHAZI, JOSEPH (1985), *Pour comprendre la linguistique*, Paris : Les Presses Universitaires Du Monde Arabe.

GRAVEL; Sylvie, BATTAGLINI, Alex (2000), *Culture, santé et ethnicité vers une santé publique pluraliste*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

GUMPERZ, John Joseph (1982), *Discourse strategies*, New York : Cambridge University Press.

GUMPERZ, John Joseph (1989), *Engager la conversation : Introduction à la sociolinguistique interactionnelle*, Paris : les Éditions de Minuit.

HYMES, H., Dell (1974), *Foundations in sociolinguistics. An Ethnographic approach*, Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

HYMES, H., Dell (1984), *Vers la compétence de communication*, Paris : Éditions Hartier-Crédif.

IASENZA, Isa (mars 1991), «Une société multiethnique», *Intervention*, no 88, p. 64-70.

Institut de la Statistique du Québec (1999), *Portrait du Québec et des régions administratives : citoyenneté, immigration, langue et population autochtone*, [en ligne]. URL : www.stat.gouv.qc.ca (page consultée le 15-09-00)

JACOB, André (automne 1992), «Services sociaux et groupes ethnoculturels : le débat et les pratiques au Québec», *Nouvelles pratiques sociales*, Volume 5, no 2, p. 37-51.

JACOB, André (octobre 1993), «Intégration des immigrants et des réfugiés et intervention», *Intervention*, no 96, p. 7-18.

LABOV, William (1976), *Sociolinguistique*, Paris : Éditions de Minuit.

LABOV, William (1978), *Le parler ordinaire*, Paris : Éditions de Minuit.

LANGLOIS, Simon (1999), in *Québec 2000 : Rétrospective du XXe siècle*. Québec : Fides.

LAPONCE, J.A. (1984), *Langue et territoire*, Québec : Presses de l'Université Laval.

LAZARUS, S. Ellen (mars 1998), «Theoretical Considerations for the Study of the Doctor-Patient Relationship : Implication of a Perinatal Study», *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, volume 2, no 1, p. 34-58.

LEBEL, Bertrand (1986), «Les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé», *Canadian Ethnic Studies*, XVIII, 2, p. 79-89.

LEFEVRE, Marie-Louise; HILLY, Marie-Antoinette (1997), *Les situations plurilingues et leurs enjeux*, Montréal : l'Harmattan.

LEGAULT, Gisèle (1991), «Formation à une pratique interculturelle», *Revue canadienne de service social*, 84, p. 153-167.

LEGAULT, G.; LAFRENIÈRE, M. (1992), «Situations d'incompréhensions interculturelles dans les services sociaux : problématiques», *Santé mentale au Québec*, XVII, 2, p. 113-132.

LE GOFF, Frédérique (1997), *Difficultés communicationnelles vécues dans un centre local de services communautaires (CLSC) à clientèle multiethnique*, Mémoire en sociologie, Université de Montréal.

MASI, Ralph (1992), «Communication. Cross-cultural applications of the physician's art», *Canadian Family Physician*, 38, p. 1159-1165.

McALL, Christopher (1992), «Langues et silence : les travailleurs immigrés au Québec et la sociologie du langage», *Sociologie et sociétés*, 24, 2, p. 117-130.

McALL, Christopher; MONTGOMERY, Catherine; TREMBLAY, Louise (1994), «Utilisation du langage et des langues au travail», *Terminogramme*, 74, p. 1-7.

McALL, Christopher ; TREMBLAY, Louise ; LE GOFF, Frédérique (1997), *Proximité et distance, Les défis de communication entre intervenants et clientèle multiethnique en CLSC*, Montréal : Éditions Saint-Martin.

McALL, Christopher (1999), «Reviewed of Lectures Against Sociolinguistics», *Language in Society*, 28, no 4, p. 591-594.

MILROY, Lesley (1987), *Language and Social Networks*, Oxford: Blackwell.

Ministère des communautés culturelles et de l'immigration du Québec (1981), *Autant de façons d'être Québécois : Plan d'action du gouvernement du Québec à l'intention des communautés culturelles*, Québec.

Ministère des communautés culturelles et de l'immigration du Québec (1986), sous la direction de Bertrand Lebel, *Les relations entre les membres des communautés culturelles et les services sociaux et de santé*, Québec.

Ministère des communautés culturelles et de l'immigration du Québec (1987), *Évolutions de l'immigration internationale au Québec depuis 1980*, Québec.

Ministère des communautés culturelles et de l'immigration (1990a), *L'accessibilité des membres des communautés culturelles aux services de santé et aux services sociaux*, Québec.

Ministère des communautés culturelles et de l'immigration (1990b), *Le mouvement d'immigration d'hier à aujourd'hui*, Québec.

Ministère des communautés culturelles et de l'immigration (1991), *Ensemble nous bâtissons l'avenir. Caractéristiques des immigrants admis au Québec 1981-1990*, Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1994), *Accessibilité des services aux communautés ethnoculturelles : orientations et plan d'action 1994-1997*, Bureau des services aux communautés culturelles, Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1996), *Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*, Québec.

NOYAU, C. ; PORQUIER, R. (1984), *Communiquer dans la langue de l'autre*, Paris : Presses universitaires de Vincennes.

ONG, L.M.L.; DE HAES, J.C.J.; HOOS, A.M.; LAMMES, F.B. (avril 1995), «Doctor-patient communication : a review of the literature», *Social science & Medecine*, volume 40, no 7, p. 903-918.

PERROT, Jean (1993), *La linguistique*, Paris : Les Presses Universitaires de France, collection «Que sais-je?»

Recensement (1996), *Immigration et citoyenneté*. [en ligne]. URL : www.statcan (page consultée le 19-09-00).

ROBINS, R.H. (1973), *Linguistique générale : une introduction*, Paris : Éditions Armand Colin.

ROY, Ghislaine (été 1991), «Incompréhensions interculturelles et ajustements de pratique chez les travailleurs sociaux», *Revue canadienne de service social*, volume 8, no 2, p. 278-291.

ROY, Ghislaine; MONTGOMERY, Catherine (in press), «Practice with Immigrants in Quebec», in Al-Krenawi, Alean, and Graham, John eds., *Cross Cultural Social Work Practice*, Toronto : Oxford University Press.

SAUSSURE, Ferdinand (1962), *Cours de linguistique générale*, Paris : Payot.

SÉVIGNY, Robert; TREMBLAY, Louise (1999), «Adaptation des services de santé et des services sociaux au contexte pluriethnique», sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre-Gerlier Forest et Vincent Lemieux, *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Montréal : les Presses de l'Université de Montréal.

SINGH, Rajendra (1998), *Lectures Against Sociolinguistics*, New Delhi : Munshiram Manoharlal.

SINGH, R., LELE, J.R., MARTOHARDJONO, G. (1988), «Communication in a Multilingual Society : Some Missed Opportunities», *Language in Society* 17, p. 43-59.

TRUDGILL, Peter (1995), *Sociolinguistics : an introduction to language and society*, London : Penguin Books.

VARONIS, Marlos Evangeline; GASS, M., Susan (1985), «Miscommunication in native/nonnative conversation», *Language in Society* 14, p. 327-343.

ANNEXE
Guide d'entrevue

Cadre général de l'entrevue

Section I Échange informel sur l'objet de la recherche

Durée : 5 minutes

Section II Explication du déroulement et rappel de la confidentialité de l'entrevue

Durée : 5 minutes

Section III Reconstitution de la dernière consultation du patient immigrant avec l'intervenant

Durée : 15 minutes

Section IV Portrait de l'utilisation des services sociaux et médicaux du patient

Durée : 20 minutes

Section V Description de la relation entre soignant et soigné (point de vue du soigné)

Durée : 20 minutes

Section VI Expériences de communication du patient immigrant avec l'intervenant

Durée : 20 minutes

Section VII Profil socio-démographique du répondant

Durée : 5 minutes

**Durée totale de l'entrevue : 90 minutes
maximum**

Guide d'entrevue

SECTION 1 : Présentation et échange informel sur l'objet de la recherche

Au début de l'entrevue, l'interviewer se présente et discute de manière informelle avec la personne interviewée afin d'établir un climat de confiance. Ensuite, il explique l'objet de la recherche, soit d'arriver à mieux comprendre les difficultés de communication entre intervenants du domaine des services sociaux et de la santé et clients d'origine immigrante. L'objectif de cette recherche est de cerner quels types de facteurs sociaux et contextuels interviennent dans la communication interethnique, mais plus spécifiquement, dans la constitution des rapports sociaux entre intervenants et patients immigrants. Nous croyons que c'est par l'étude des rapports sociaux dans lesquels les interlocuteurs, ici le soignant et le soigné, sont insérés qu'il nous sera possible d'appréhender les malentendus de communication.

SECTION 2 : Explication du déroulement et rappel de la confidentialité de l'entrevue

Une fois le climat de confiance établi, l'interviewer discute du caractère confidentiel de l'entrevue. Il demande, par la suite, l'autorisation de procéder à l'enregistrement de l'entretien pour faciliter la saisie des informations, leur transcription et leur analyse, en mentionnant à l'interviewé qu'il a la possibilité de refuser l'enregistrement de l'entrevue en partie ou en totalité.

L'entrevue se divise en cinq sections. Dans la première partie, il s'agit de relater, de façon détaillée, la dernière rencontre de la personne interviewée avec le professionnel social et médical. Dans la deuxième partie, il est question de l'accessibilité du répondant ou de la répondante au système social et médical québécois. Dans la troisième et quatrième partie, les expériences relationnelles et communicationnelles de l'interviewé vécues avec les intervenants des services sociaux et de santé sont abordées. Enfin, dans la dernière section, il s'agit pour l'interviewé de fournir quelques informations générales sur sa personne.

SECTION 3 : La reconstitution de la dernière rencontre entre le patient d'origine immigrante et l'intervenant des services sociaux et de santé

Dans cette section, nous cherchons à reconstituer, étape par étape, la dernière rencontre sociale et médicale vécue par l'interviewé (le soigné) avec le soignant. En remontant à la dernière rencontre, nous supposons que le patient d'origine immigrante aura «fraîchement» à la mémoire la ou les situations de communication survenues lors de cette visite. Principalement, cette description détaillée nous permettra d'approfondir notre analyse des rapports sociaux entre intervenants et clients immigrants. Ainsi, l'objectif de cette première section d'entrevue est de recueillir le plus d'informations, d'indices et de facteurs possibles qui nous permettraient de mieux saisir les difficultés de communication entre intervenants et clients d'origine immigrante.

À quand remonte votre dernière consultation avec un intervenant social et médical? Décrivez-nous, de manière chronologique et détaillée, cette dernière visite. En d'autres termes, reconstituez-nous cette dernière rencontre (de la prise de rendez-vous à la consultation sociale et médicale). Donnez-nous vos impressions par rapport à la rencontre que vous avez eu avec le professionnel social et médical. La communication s'est-elle bien passée? Êtes-vous satisfait de votre consultation? Explicitez pourquoi?

Aide-mémoire pour l'interviewer

À travers la reconstruction de la dernière rencontre entre l'intervenant et le client d'origine immigrante, nous souhaitons obtenir le déroulement de celle-ci, ainsi que le déroulement des situations de communication. Donc, pour l'interviewé, il s'agit de faire une description détaillée de l'entretien (heure de l'entretien, durée de l'entretien, langue(s) utilisée(s), attitude de l'intervenant, problèmes survenus, etc.). En même temps, il s'agit d'examiner les rapports entre l'intervenant et le client en lien avec la description de la consultation. Aussi, dans le but de compléter ces informations, l'interviewer peut demander à la personne interviewée de décrire d'autres détails contextuels (salle d'attente, réceptionniste, cabinet du médecin, retard du médecin par rapport à l'heure du rendez-vous, etc.). Enfin, les éléments qui ressortiront de cette première partie d'entrevue peuvent aider l'interviewer à faire raconter davantage les expériences relationnelles et communicationnelles du soigné ou encore à généraliser ces expériences.

SECTION 4 : Utilisation des services sociaux et de santé par la personne interviewée

On s'intéresse à votre utilisation des services sociaux et de santé. Combien de fois, depuis ces derniers six mois, avez-vous eu recours à ces services? Relatez-nous ces événements et situez-les dans le cadre des derniers six mois. Également, on s'interroge à savoir comment vous avez accès à ces services? Pour chaque fois que vous avez eu besoin de soin social et médical, depuis les derniers six mois, racontez-nous comment vous êtes parvenu à obtenir l'aide requise? Autrement dit, on veut savoir si c'est complexe pour vous de parvenir aux services sociaux et médicaux? En ce sens, lors de vos dernières expériences, avez-vous rencontré des obstacles à l'obtention d'aide sociale et médicale? Si oui, lesquels? À ce sujet, racontez-nous les difficultés que vous avez dû surmontées.

Aide-mémoire pour l'interviewer

Dans cette section, nous voulons faire le portrait de l'utilisateur des services sociaux et médicaux. Nous nous intéressons à savoir comment il accède aux services, de même qu'à la nature des obstacles qu'il rencontre. En bref, il s'agit de décrire les étapes et les obstacles que le patient immigrant doit franchir pour réussir à obtenir de l'aide.

SECTION 5 : La relation entre soignant et soigné

On s'intéresse à votre expérience relationnelle avec les intervenants du domaine des services sociaux et de la santé. Pour chacune de vos expériences, depuis les derniers six mois, comment se sont passés vos interactions avec l'intervenant? Dites-nous, et ce pour chacune de vos rencontres, si vous vous sentiez écouté et compris par les professionnels des services sociaux et de santé? Étaient-ils patients et compréhensifs avec vous? Étiez-vous à l'aise avec eux? Dans le cadre de vos consultations, lors de ces derniers six mois, avez-vous eu l'impression que l'on prenait le temps nécessaire pour vous écouter et vous comprendre? Commentez chacune de vos relations avec les intervenants des services sociaux et de santé.

Aide-mémoire pour l'interviewer

Dans cette section, nous nous penchons sur les rapports sociaux entre l'intervenant et le client. Nous cherchons à découvrir la nature de ces rapports. Parallèlement, nous nous intéressons au contexte de la relation entre l'aidant et l'aidé : le facteur temps, le climat de confiance, la capacité d'écoute de l'intervenant, l'attitude de ce dernier face à l'immigrant, etc.

SECTION 6 : Expériences communicationnelles

On s'intéresse à savoir si vous avez déjà éprouvé, de manière générale (dans les six derniers mois ou plus), des difficultés de communication avec un professionnel de la santé et des services sociaux? Si oui, racontez-nous cette ou ces situations d'incompréhension. À quoi attribueriez-vous ces conflits de communication? Dans le même ordre d'idées, avez-vous déjà eu recours, de manière générale, à un «intermédiaire» pour vous aider à communiquer avec le soignant (ami, famille, accompagnateur, traducteur, etc.)? Si oui, pour quelles raisons avez-vous retenu son aide?

Aide-mémoire pour l'interviewer

Dans cette dernière section, nous souhaitons envisager les situations d'incompréhension survenues entre intervenants et clients immigrants. Nous voulons également connaître la dynamique de la relation entre intervenants et patients d'origine immigrante. Nous voulons aussi comprendre comment les clients vivent les malentendus de communication. Se sentent-ils isolés? Acceptent-ils uniquement de se faire traiter par un professionnel capable de s'exprimer dans leur langue maternelle? En somme, nous voulons savoir quels sont leurs exigences, leurs craintes, soit connaître davantage leur réalité.

SECTION 7 : Profil du répondant ou de la répondante

1) Sexe : H ___ ou F ___

2) Âge : ___ ans

3) Statut civil : célibataire ___

marié(e) ___

divorcé(e) ou séparé(e) ___

veuf/veuve ___

4) Occupation :

5) Pays d'origine :

6) Depuis combien de temps vous êtes au Québec? _____ année(s)

7) Compétence et pratiques langagières :

- Première langue apprise à la maison
(*langue maternelle*)

italien ___

français ___

anglais ___

autre(s) ___ (Précisez)

- Langue(s) d'usage à la maison

italien ___

français ___

anglais ___

autre(s) ___

- Connaissance de langues autres que la première langue
Autre(s) langue(s) parlée(s) français ____
anglais ____
autres ____ (Précisez)

Évaluation

très bonne ____
bonne ____
passable ____
mauvaise ____

- Pourriez-vous faire votre travail dans cette langue?
ou
Utilisiez-vous cette langue au travail¹? oui ____ non ____

- Quel(s) type(s) d'emploi avez occupé depuis votre arrivée au Québec (secteur d'emploi et durée de l'emploi) ?

Conclusion de l'entrevue

Pour terminer l'entrevue, l'interviewer remercie la personne interviewée d'avoir participé à la recherche et peut lui demander si elle a des questions et des commentaires à formuler par rapport à l'entrevue.

¹ Question qui ne s'applique pas si la personne n'a jamais travaillé au Québec.

**Fiche d'identification de l'entrevue et commentaires
contextuels de l'interviewer**

1. Numéro de l'entrevue : _____
2. Date et heure de l'entrevue : _____
3. Durée de l'entrevue : _____
4. Lieu du déroulement de l'entrevue : _____
5. Langue(s) utilisée(s) lors de l'entrevue : _____
6. Mode de prise de contact avec la personne interviewée : _____
7. Possibilité d'une prochaine rencontre? Si oui, quand? _____
8. Commentaires généraux sur le comportement de l'interviewé(e) :

9. Évaluation globale de l'entrevue :

10. Éléments pertinents de cette entrevue pour fin d'analyse :

11. Recommandations méthodologiques ou techniques :