

# Quand la langue devient un enjeu de soin : expériences périnatales des femmes sud-asiatiques non francophones

**1** Afin de préserver l'anonymat et la confidentialité des enquêté-e-s, tous les noms cités dans ce texte sont des pseudonymes.

**2** La recherche postdoctorale menée à l'Institut Convergences Migrations (porté par le CNRS, portant la référence ANR-17-CONV-0001), lauréate de l'appel à projets du Centre national de ressources et de résilience (CN2R), repose sur une enquête ethnographique multi-sites en Seine-Saint-Denis (2022-2024). Le corpus inclut des observations en maternité et dans plusieurs services de protection maternelle et infantile (PMI), ainsi que des entretiens avec 47 femmes sud-asiatiques, 16 professionnel-le-s de santé et 2 interprètes. L'étude a été validée par un comité d'éthique de la recherche.

**3** El Kotni, M. et fable-lab. (2024). *Accès aux soins des femmes : vers une médiation linguistique en santé* ;

Weber, O. (2017). *Migration et communication médicale. Les difficultés de compréhension dans les consultations centrées sur les douleurs chroniques*. Éditions Lambert-Lucas ;

Ortega, P. et al. (2022). Recognizing and Dismantling Raciolinguistic Hierarchies in Latinx Health. *AMA Journal of Ethics*, 24(4), 296304.

**4** Chadwick, R. (2019). Practices of Silencing: Birth, Marginality and Epistemic Violence. Dans *Childbirth, Vulnerability and Law* (p. 30-48). Routledge.

**5** Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

Ce n'est qu'à son troisième accouchement que Nasima<sup>1</sup> est parvenue à faire comprendre aux sages-femmes qu'elle souhaitait mettre son enfant au monde debout. Disha, elle, a fini par accepter une péridurale qu'elle ne désirait pas, face à l'insistance des professionnel-le-s : son répertoire linguistique en français se limitait à « oui » et « non ». Rupa, de son côté, a accouché inopinément à domicile et a dû elle-même appeler les pompiers en pleine contraction, étant la seule de sa famille à posséder quelques rudiments de français. Rekha, quant à elle, s'est approprié l'expression « Tout va bien ? » comme unique moyen d'avoir l'assurance de la bonne santé de son enfant. Enfin, Sakina n'a appris qu'au huitième mois de sa grossesse – grâce à la présence exceptionnelle d'un interprète sollicité par la maternité – qu'elle courait un risque vital lors de l'accouchement. Ces récits, issus d'une enquête ethnographique menée sur le parcours périnatal de femmes primo-arrivantes originaires d'Asie du Sud en Seine-Saint-Denis<sup>2</sup>, soulignent la place centrale des problématiques linguistiques dans l'expérience des soins. Pour la majorité des femmes rencontrées, la faible maîtrise du français constituait en effet l'obstacle principal à la qualité des soins et structurait l'ensemble de leurs interactions médicales. Loin d'être marginale, cette situation reflète une réalité partagée par de nombreuses femmes étrangères non francophones en France. Comme l'ont documenté plusieurs recherches<sup>3</sup>, les discriminations linguistiques traversent l'ensemble du parcours de soins. Affectant durablement la santé reproductive et psychologique des femmes, elles constituent un vecteur majeur d'inégalités en santé. Dans certaines situations, ces discriminations peuvent entraîner des violences<sup>4</sup>.

Cet article propose une réflexion, non exhaustive, sur l'impact de l'absence de prise en charge linguistique dans le suivi périnatal. Il s'agit d'examiner, à partir du cas des femmes originaires d'Asie du Sud (principalement du Bangladesh, d'Inde, du Pakistan et du Sri Lanka), la manière dont ces patientes parviennent, ou non, à contourner l'absence d'une langue commune pour accéder à des soins adaptés à leurs besoins et à ceux de leurs enfants. Cette focale permet de saisir à la fois les logiques d'invisibilisation des enjeux linguistiques qui traversent l'institution médicale et les stratégies mises en place par les femmes pour négocier, malgré tout, leur place dans l'espace du soin.

## Entre interprétariat professionnel et réseaux de proximité : une délégation inégalitaire de la traduction

Le droit à l'interprétariat en santé a été reconnu par la loi française en 2016<sup>5</sup> et figure parmi les recommandations de la Haute Autorité de santé. Cependant, son application reste marquée par une grande hétérogénéité selon les services concernés – le recours étant, par exemple, plus fréquent en pédiatrie qu'en maternité – ainsi qu'en fonction des ressources budgétaires effectivement disponibles. Les observations de terrain en Seine-Saint-Denis montrent que l'appel à des interprètes professionnels reste marginal : quasi absent en maternité, un peu plus fréquent en protection maternelle infantile, mais globalement limité aux situations jugées graves par les soignant-e-s. Dans la majorité des cas, en effet, la charge de la communication est reportée sur les patientes elles-mêmes, invitées à trouver un tiers capable de traduire.

Ce rôle est le plus fréquemment assuré par des interprètes non professionnel-le-s, mobilisé-e-s dans des réseaux informels – généralement des pairs installé-e-s de plus longue date en France – et dont la rémunération est prise en charge par les familles. Leur action, bien que souvent indispensable, s'effectue néanmoins sans formation préalable ni maîtrise du vocabulaire médical. Si ces figures constituent parfois des personnes de confiance permettant d'orienter les familles dans les soins et les démarches administratives, leur intervention soulève des questions majeures en termes de fiabilité de la traduction, de confidentialité et de respect du consentement éclairé.

Dans d'autres configurations, l'interprétariat est pris en charge par des membres de la famille (les maris, les beaux-frères, les enfants), ce qui accentue les tensions liées au genre et aux rapports de pouvoir à l'intérieur du cadre familial. La possibilité pour les femmes de s'exprimer librement sur des thématiques sensibles – telles que la sexualité, la contraception ou les violences – se trouve ainsi restreinte, voire empêchée. À l'hôpital, des professionnel-le-s racialisé-e-s occupant des postes subalternes (des infirmier-e-s, des auxiliaires et jusqu'aux agent-e-s d'entretien) sont aussi fréquemment sollicité-e-s pour endosser, en plus de leurs missions habituelles, un rôle de traducteur-ice-s improvisé-e-s. Cette pratique informelle met en évidence à la fois l'absence de dispositifs institutionnels de médiation linguistique et l'articulation des hiérarchies raciales et professionnelles, qui conduit

6 Patil, S. et Patrick, D. (2014). Use of Google Translate in Medical Communication: Evaluation of Accuracy. *Research. BMJ*, 349, g7392.

7 Thouroude, V. (2020). La situation de communication lors de la consultation médicale avec et sans interprète. Points de tensions et stratégies développées par les interacteurs de la situation de soin. *Cahiers internationaux de socio-linguistique*, 17(1), 14577.

à leur attribuer des tâches additionnelles, invisibles et dépourvues de reconnaissance. Ces pratiques montrent que l'absence de recours systématique à l'interprétariat professionnel ne relève pas uniquement d'un déficit technique ou logistique, mais s'inscrit dans un processus structurel de redistribution inégalitaire des responsabilités communicationnelles. En transférant la charge de la traduction sur les familles et les réseaux informels, le système de santé délègue une fonction centrale à des acteur·rice·s non formé·e·s et non reconnu·e·s, contribuant ainsi à fragiliser l'autonomie décisionnelle des patientes. Cette organisation produit des conditions de soin marquées par la dépendance et l'opacité, alourdit la charge mentale des femmes et, plus largement, participe à une dynamique d'invisibilisation des besoins linguistiques dans l'espace hospitalier.

### L'absence d'interprétariat : stratégies de bricolage et asymétrie communicationnelle

Lorsque personne n'est disponible pour traduire, les femmes se retrouvent directement confrontées à l'impossibilité de communiquer. Dans ces situations, la responsabilité des difficultés est implicitement reportée sur elles : certaines expliquent avoir renoncé à des consultations, faute d'avoir trouvé quelqu'un pour les accompagner, de peur d'être réprimandées. D'autres témoignent du sentiment d'être perçues comme « fautives » si leur compréhension est erronée. L'absence d'interprétariat ne se traduit donc pas seulement par une perte d'information, mais par un obstacle concret et récurrent dans l'accès aux soins. Dans ce contexte, les technologies numériques – principalement Google translate – apparaissent comme des solutions de fortune. L'option de reconnaissance vocale permet certes de contourner partiellement les difficultés de lecture et d'écriture et de maintenir un échange minimal, mais cet usage reste précaire : la fiabilité est inégale, en particulier pour les langues minorées, et le risque d'erreurs ou de malentendus demeure élevé<sup>6</sup>.

Face à ces contraintes, soignant·e·s et patientes recourent à un véritable « bricolage » communicationnel<sup>7</sup> – simplification extrême du langage, recours aux gestes, transmission d'un minimum d'informations. Ce mode de fonctionnement engendre fréquemment des malentendus, des omissions – volontaires ou non – et tend à réduire le consentement éclairé à une formalité implicite. Comme l'indique une sage-femme rencontrée

dans la maternité, dans ces conditions, « *on ne demande pas, on suppose* ». De leur côté, prises dans une relation d'autorité médicale, les patientes hésitent souvent à interrompre le déroulement de la consultation pour signaler leur incompréhension ou réclamer des explications complémentaires. Cette fragmentation des échanges est révélatrice d'une asymétrie structurelle : alors que les professionnel·le·s tendent à considérer la non-maîtrise du français comme un obstacle périphérique et contournable, les femmes, par respect de l'autorité médicale ou par crainte d'être jugées, intériorisent la nécessité de se taire ou de « dire moins ». Ainsi, l'absence d'interprétariat fonctionne comme un dispositif de gouvernement des patientes migrantes : elle produit de la résignation, normalise une économie de parole contrainte et institutionnalise une forme d'incommunication qui devient partie intégrante du quotidien du soin.

### Conclusion : la non-prise en charge linguistique comme injustice reproductive

Les récits recueillis montrent que la barrière linguistique ne se réduit pas à une difficulté pratique de communication. Elle constitue un mécanisme structurel de hiérarchisation, déterminant qui peut être reconnu comme sujet de soin et qui, au contraire, est maintenu dans le silence. Lorsque l'interprétariat est absent ou dépend de solutions précaires, les femmes sud-asiatiques non francophones voient leur autonomie réduite, leur consentement fragilisé et leurs besoins négligés. Loin d'un simple « malentendu » ou d'un obstacle logistique, ce silence imposé invisibilise les patientes et les relègue au rang de corps soignés dépourvus de voix.

Cette absence ne relève pas de négligences individuelles, mais d'un mode de fonctionnement institutionnel qui transfère la charge de la communication sur les patientes elles-mêmes ou sur des réseaux informels. En conséquence, elles se retrouvent privées d'un accès effectif à l'information et d'une pleine compréhension de leur parcours de soin.

En ce sens, la non-prise en charge linguistique constitue une injustice reproductive. Elle affecte directement la santé des femmes et de leurs enfants, en inscrivant les inégalités linguistiques au cœur des rapports de pouvoir de genre, de race et de classe qui traversent l'institution médicale. Elle opère à un double niveau : linguistique, en sanctionnant la non-maîtrise du français et en privant les patientes d'une pleine compréhension de leur parcours de soin ; reproductive, en fragilisant leur pouvoir décisionnel et en favorisant les inégalités de santé.

Garantir un droit effectif à l'interprétariat en santé périnatale ne peut être réduit à une question technique de traduction. Il s'agit d'un enjeu politique majeur : reconnaître les femmes migrantes comme sujets légitimes du soin et rompre avec les logiques institutionnelles qui perpétuent leur invisibilisation. À défaut, la non-prise en charge linguistique continuera de fonctionner comme un instrument de gouvernement des corps reproductifs minorisés, consolidant les hiérarchies qui structurent le champ médical. ▶

