# ADAPTATION DES PRATIQUES INFIRMIÈRES À LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE CHEZ LES PATIENTS ILLETTRÉS AU CHR DE DIVO

**Ablakpa Jacob AGOBE**
**Enseignant-Chercheur**
**Maître de Conférences(CAMES)**
**École Doctorale SCALL-ETAMP**
**Département de sociologie**
**Université Félix Houphouët-Boigny**
agobe.jacob42@ufhb.edu.ci
jacobagobe@yahoo.fr

**Résumé**
Inscrite dans le champ du pluralisme linguistique ivoirien, cette recherche s'attache, dans une perspective de sociologie du soin, à décrypter les reconfigurations interactionnelles qui traversent les pratiques communicationnelles infirmières confrontées à l'illettrisme des patients au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Divo. S'appuyant sur une démarche qualitative compréhensive, elle mobilise des entretiens semi-directifs réalisés auprès de cinq agents de santé sélectionnés selon un échantillonnage raisonné, ainsi que dix accompagnants de patients, afin de restituer la dynamique vécue des échanges soignants-soignés. Les résultats dévoilent des logiques d'ajustement pragmatique, où les infirmiers déploient des stratégies vernaculaires de communication reposant sur des dispositifs informels de substitution au langage scriptural. L'analyse met en évidence une rationalité pratique du soin, caractérisée par la primauté du geste, du regard et de l'image comme médiations symboliques d'un discours soignant empêché. Ce faisant, l'étude met au jour les conditions sociales de la traduction du soin dans un univers linguistiquement hétérogène, et appelle à la mise en place d'une médiation sanitaire institutionnalisée, capable d'articuler proximité culturelle, efficacité communicationnelle et justice interactionnelle dans le champ hospitalier ivoirien.
**Mots clés :** Adaptation, pratiques infirmières, barrière linguistique, patients illettrés, CHR

**Abstract**
Situated within the field of Ivorian linguistic pluralism, this research endeavours through the prism of a sociology of care to decipher the interactional reconfigurations that permeate nursing communication practices when confronted with patients' illiteracy at the Regional Hospital Centre (CHR) of Divo. Grounded in a comprehensive qualitative approach, it draws upon semi-structured interviews conducted with five healthcare professionals, selected through purposive sampling, and ten patient attendants, in order to capture the lived dynamics of caregiver patient exchanges. The findings disclose pragmatic logics of adjustment, whereby nurses deploy vernacular communicative strategies grounded in informal devices that substitute for written language. The analysis illuminates a practical rationality of care, characterised by the primacy of gesture, gaze, and image as symbolic mediations of an impeded professional discourse. In doing so, the study exposes the social conditions underpinning the translation of care within a linguistically heterogeneous milieu, and advocates for the institutionalisation of a context-

sensitive framework of health mediation, one capable of articulating cultural proximity, communicative efficace, and interactional justice within the Ivorian hospital field.
**Keywords:** Adaptation, nursing practices, linguistic barriers, illiterate patients, CHR

## Introduction

Au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Divo, implanté dans une zone marquée par une forte hétérogénéité linguistique et un taux significatif d'analphabétisme, les échanges entre les professionnels de santé et les patients rencontrent régulièrement des obstacles. L'absence de compréhension des indications médicales par une partie des usagers non scolarisés contraint les infirmiers à adopter des modes de communication alternatifs. Ceux-ci s'appuient sur des pratiques improvisées, telles que le recours au langage gestuel, à un accompagnant capable de traduire, ou encore à des expressions locales simplifiées. Cette adaptation pragmatique, bien qu'utile dans l'immédiat, met en lumière une contradiction structurelle : d'un côté, un système de soins fondé sur la formalisation des normes et des procédures ; de l'autre, un fonctionnement quotidien reposant sur des ajustements empiriques, rarement institutionnalisés ou valorisés.

Cette tension met en lumière une problématique essentielle : de quelle manière les infirmiers du CHR de Divo réajustent-ils leurs pratiques face aux barrières linguistiques liées à l'illettrisme des patients, et quelles dynamiques sociales sous-jacentes orientent ces réaménagements ? L'étude de ces réponses concrètes face aux limites communicationnelles offre une opportunité d'interroger les formes de rationalité professionnelle mobilisées dans un contexte où la langue devient un obstacle structurel. Sur le plan théorique, cette réflexion s'inscrit dans le champ de la sociologie du soin, en croisant les logiques prescrites par l'institution avec les pratiques contextualisées des acteurs. Elle contribue également à nourrir le débat sur les enjeux de la communication interculturelle dans les espaces hospitaliers.

Cette recherche présente un intérêt social évident. Elle met en lumière les zones d'ombre de la communication en contexte clinique et propose des pistes concrètes pour favoriser une meilleure justice dans l'accès aux soins. En analysant les stratégies informelles déployées par les professionnels de santé, l'étude suggère la mise en place d'outils adaptés au contexte local tels que des supports visuels, des modules de formation en langues locales ou l'intégration de médiateurs linguistiques. Elle plaide pour une valorisation institutionnelle des compétences pratiques forgées sur le terrain, souvent marginalisées mais pourtant porteuses d'efficacité sociale.

Sur le plan théorique, la sociologie a largement investi l'analyse des interactions soignant-soigné en mobilisant des cadres interprétatifs pluriels. A. Kleinman (1980), dans une perspective de santé interculturelle, a pour objectif de comprendre comment les représentations sociales de la maladie structurent la relation thérapeutique entre patients et soignants issus de mondes culturels différents. Sa

méthodologie repose sur des enquêtes ethnographiques approfondies, menées en Chine et aux États-Unis, combinant entretiens narratifs et observations cliniques. Ses résultats montrent que le soin ne peut être réduit à une simple transaction biomédicale: il constitue un espace de négociation symbolique où s'affrontent et se recomposent des cadres culturels de sens.

B. Good (1994) prolonge cette orientation en inscrivant la santé dans une anthropologie herméneutique des significations. Son objectif est de mettre en évidence la manière dont les patients et les soignants produisent ensemble des récits de la maladie. Sa méthodologie qualitative, fondée sur des récits de vie et des entretiens approfondis, explore les dimensions narratives du soin. Ses résultats révèlent que la communication soignant-soigné repose sur une co-construction du sens thérapeutique, traversée par les rapports de pouvoir et les codes langagiers.

J. Peneff (1992), quant à lui, s'attache à analyser les mécanismes d'ajustement interactionnel en contexte d'inégalités langagières et sociales. Son objectif est de comprendre comment les soignants parviennent à maintenir la cohérence du soin malgré les barrières linguistiques et culturelles. Sa méthodologie, issue de l'observation participante prolongée dans les hôpitaux français, permet de saisir les pratiques situées des infirmiers et aides-soignants. Ses résultats montrent que le soin est souvent assuré grâce à des tactiques d'improvisation, d'adaptation et de traduction informelle, révélant la dimension pragmatique du travail soignant.

C. Dubar et M.Tripier (2005), dans une approche de sociologie interactionniste et professionnelle, visent à analyser les dispositifs de médiation sociale et institutionnelle au sein des espaces sanitaires. Leur méthodologie, articulant entretiens biographiques et analyses organisationnelles, explore la manière dont les identités professionnelles des soignants se construisent à travers les échanges langagiers et les rapports hiérarchiques. Leurs résultats mettent en lumière l'importance de la communication comme médiation symbolique du pouvoir et de la reconnaissance dans les institutions de santé.

Enfin, en contexte africain, B. Konaté (2019) a permi de comprendre le rôle structurant des langues locales dans les pratiques de soin. Sa méthodologie repose sur des entretiens semi-directifs et des observations ethnographiques dans les centres de santé communautaires. Ses résultats montrent que les langues locales fonctionnent comme des médiations de confiance et de proximité, permettant une meilleure adhésion thérapeutique des patients, mais aussi une redéfinition des hiérarchies communicationnelles entre soignants et usagers.

Cependant, la problématique spécifique de l'illettrisme linguistique dans les hôpitaux ivoiriens reste peu explorée. C'est précisément à ce niveau que s'inscrit cette étude, en apportant une contribution empirique inédit sur les formes d'adaptation communicationnelle mises en œuvre par les infirmiers au quotidien.

## 1. Ancrage théorique et méthodologique

L'enquête sociologique conduite sur les ajustements des pratiques infirmières face aux obstacles communicationnels induits par l'illettrisme des patients au Centre Hospitalier Régional de Divo s'est appuyée sur l'articulation de deux cadres théoriques complémentaires, mobilisés de manière à rendre compte de la complexité des interactions langagières en contexte de soins.

D'une part, l'approche interactionniste symbolique, telle que théorisée par E. Goffman (1973), a permis de penser les échanges entre soignants et patients comme des configurations interactionnelles situées, au sein desquelles le sens n'émergeait qu'au prix de négociations continues, particulièrement lorsque faisait défaut un langage commun. Cette grille d'analyse a mis en lumière les dynamiques d'ajustement mutuel par lesquelles les acteurs mobilisaient des ressources non-verbales gestes, regards, silences afin de maintenir la coprésence interactionnelle et de préserver la face de chacun.

D'autre part, les apports de la sociologie des épreuves, élaborée par L. Boltanski et L. Thévenot (1991), ont offert un éclairage pertinent sur les logiques pratiques et les dispositifs d'ingéniosité mobilisés par les infirmiers pour faire face aux discontinuités communicationnelles. En s'affranchissant souvent des prescriptions normatives, ces derniers ont eu recours à des formes de savoir-faire situés, ancrés dans l'expérience quotidienne du terrain, pour élaborer des réponses pragmatiques aux épreuves de l'incompréhension.

L'imbrication de ces deux perspectives théoriques a ainsi permis de saisir comment les professionnels de santé se construisent localement des compromis d'intelligibilité et de légitimité, dans un espace traversé par de profondes hétérogénéités linguistiques et sociales.

La recherche a mobilisé une approche qualitative afin d'analyser en profondeur les logiques pratiques et les représentations des professionnels de santé confrontés à l'illettrisme de leurs patients. Le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Divo a été retenu comme site d'enquête en raison de sa position géographique au cœur d'une région caractérisée par une importante diversité linguistique. Ce contexte en faisait un terrain particulièrement propice à l'observation des difficultés communicationnelles dans les soins infirmiers, d'autant plus que la majorité des patients accueillis provenaient de milieux ruraux où la connaissance du français restait limitée, augmentant ainsi les risques d'incompréhension. Les infirmiers inclus dans l'enquête ont été sélectionnés selon des critères précis : être titulaires d'un diplôme d'État, exercer depuis au moins deux ans au sein du CHR, et avoir une expérience avérée auprès de patients non francophones ou en situation d'illettrisme. L'échantillon a été constitué de manière raisonnée, en fonction de la pertinence des trajectoires professionnelles au regard de la problématique étudiée. Au total, cinq(5) soignants issus de divers services (urgences, maternité, médecine générale) ont participé à l'étude. Les données ont été recueillies à travers des entretiens semi-directifs et des observations directes, permettant d'accéder à la fois

aux récits des acteurs et aux pratiques observables dans le quotidien des interactions cliniques. L'exploitation des données s'est appuyée sur une analyse thématique, en lien avec les principes de la théorisation ancrée tels que développés par A. Strauss et J. Corbin (1990). Cette méthode inductive a permis de faire émerger des catégories significatives directement à partir du matériau empirique, sans superposer d'emblée une grille de lecture préétablie. L'analyse a mis en évidence plusieurs axes récurrents, notamment les tactiques de dépassement des obstacles linguistiques, le recours fréquent aux accompagnants comme intermédiaires linguistiques, ainsi que les tensions vécues par les soignants entre les exigences normatives de leur profession et les adaptations concrètes imposées par le terrain. Ce travail d'interprétation a mis en lumière la coexistence de logiques d'action hétérogènes, révélant à la fois la créativité des acteurs et le besoin de repenser les dispositifs institutionnels pour mieux répondre aux spécificités sociolinguistiques du contexte hospitalier local.

## 2. Résultats

### 2.1. L'émergence de tactiques interactionnelles situées : fabrique empirique de la communication en contexte contraint

Face à l'impossibilité de s'appuyer sur un langage commun, les infirmiers ont élaboré des modes d'expression pratiques, mobilisant gestes, objets ou expressions faciales, qui s'apparentent à un « bricolage » communicationnel, au sens donné par Claude Lévi-Strauss. Ces adaptations traduisent une forme de savoir-faire contextuel, façonné par les contraintes immédiates de l'interaction soignante, et témoignent d'une intelligence de la situation, enracinée dans l'expérience et la nécessité d'agir malgré l'obstacle linguistique.

> Corpus empirique discursif : « Quand je vois qu'il ne comprend rien, je mime les gestes, je montre la seringue, je fais comme si je piquais… il regarde et il comprend. Ce n'est pas enseigné, mais on fait avec. » (T.L, Infirmière, 38 ans, service de médecine) ; « Je prends les médicaments et je montre comment on les prend… parfois je mime le mal pour qu'il voie de quoi je parle. C'est la seule façon de communiquer parfois. » (D.Y, Infirmier, 44 ans, Service d'urgences)

Les énoncés recueillis donnent à voir des formes d'ajustement communicationnel qui s'inscrivent dans des logiques d'adaptation pragmatique, en dehors des cadres prescrits. Ce que révèlent ces pratiques, c'est moins une transgression qu'un réagencement local des normes professionnelles, dans un contexte marqué par l'impossibilité d'un échange verbal structuré. Les gestes, les démonstrations visuelles, les simulations corporelles deviennent ici les vecteurs d'une intelligibilité minimale, produite in situ, dans l'urgence du soin.

La performativité corporelle du soignant, substitutive du langage verbal défaillant, fonctionne comme un langage incarné, inscrit dans une économie interactionnelle où la compréhension n'est pas donnée mais construite. Cette construction s'opère à travers une scénographie rudimentaire du soin, où le corps

du soignant devient support de sens, médium d'une transmission intuitive et située. Cette dynamique illustre la capacité des acteurs à réinventer des modalités de communication à partir de ressources non institutionnalisées, souvent invisibles dans les scripts de la profession.

Le caractère non enseigné de ces pratiques, explicitement souligné dans les propos, indique une tension entre savoirs professionnels formalisés et savoirs pratiques produits dans et par la confrontation à l'altérité langagière. Ces ajustements discursifs corporels constituent des formes de bricolage communicationnel, révélatrices d'une autonomie d'action des professionnels confrontés à des situations d'improvisation contrainte. L'expression « on fait avec » condense ainsi une posture professionnelle située, dans laquelle l'agir pragmatique prévaut sur la stricte observance normative.

- ✓ ***La corporéité signifiante comme instance de médiation infra-linguistique dans la relation soignante : pour une sociologie des stratégies interactionnelles en contexte d'illettrisme***

L'observation empirique de l'usage du mime, tel que rapporté par les agents de santé, révèle moins une simple transposition gestuelle d'une information qu'une véritable entreprise de reconfiguration sémiotique de l'interaction thérapeutique. En mimant la douleur ou le « mal », l'infirmier ne se contente pas de suppléer l'indicible ; il institue un espace de signifiance où le corps devient médium et syntaxe à la fois. Ce processus engage la construction d'un langage partagé qui, bien qu'empreint de singularités contextuelles, tend à produire une forme d'universalité expressive fondée sur l'expérience incarnée de la vulnérabilité. Il s'agit ici d'une codification symbolique d'appoint, issue non d'un répertoire formel, mais d'une économie de gestes socialement ajustés et pragmatiquement efficaces.

Cette performativité gestuelle, loin de relever d'un registre de substitution passive, actualise une compétence interactionnelle de haute densité, située au croisement de l'éthique soignante, de la cognition corporelle et de la reconnaissance mutuelle. L'infirmier s'érige dès lors en double figure : celle de l'herméneute de l'invisible traduisant l'indicible par le visible et celle du pédagogue incarné transmettant sans les mots, mais non sans sens. La gestualité ainsi convoquée s'inscrit dans une logique de médiation sensorielle qui ne saurait être réduite à une mimique intuitive. Elle procède d'un art socialement situé du soin, informé par une « intelligence du corps » (M. Mauss, 1935) et modulé par les contraintes structurelles de la dissonance langagière.

Sous l'apparente banalité de ces pratiques se déploie une fabrique interactionnelle du soin que les institutions tendent à occulter, précisément parce qu'elle excède le script biomédical formel. Ces arrangements pratiques relèvent d'une rationalité infra-institutionnelle (M. Weber, 1922 ; M.de Certeau, 1980), marquée par l'articulation entre ressources informelles, improvisation contrôlée et sens clinique contextualisé. En d'autres termes, il ne s'agit pas de simples « astuces » de terrain, mais de dispositifs interactionnels opératoires, par lesquels se maintient une continuité relationnelle en contexte de discontinuité linguistique.

L'analyse sociologique de cette configuration interactionnelle repose ainsi sur plusieurs dimensions imbriquées : la corporéité comme support de co-construction du sens ; la gestualité comme opérateur symbolique à part entière ; la reconnaissance mutuelle comme condition de possibilité du soin ; et, enfin, la performativité du corps comme alternative à la domination de l'écrit médical. En convoquant des cadres théoriques empruntés à E. Goffman (1974) sur les cadres de l'expérience, à P. Bourdieu (1980) sur l'habitus corporel, ou encore à A. Mol (2002) sur la multiplicité ontologique du soin, cette lecture donne à voir la densité sociale d'un agir infirmier trop souvent réduit à sa dimension techniciste.

Ce que ces pratiques rendent intelligible, ce n'est donc pas seulement la résilience des soignants face aux déficits linguistiques, mais l'émergence d'une politique du corps dans l'acte de soigner, où se conjuguent improvisation, éthique de la présence, et production de l'intelligible dans des espaces de soin marqués par la marginalité symbolique des patients illettrés. Il devient dès lors impératif de penser la reconnaissance institutionnelle de ces savoirs situés, non comme des pratiques de suppléance, mais comme des compétences interactionnelles constitutives de l'efficacité du soin.

- ✓ ***Compétence interactionnelle et ajustement de rôle : entre dramatisation du soin et intelligence de la scène***

Ce que révèlent ces scènes, c'est la centralité d'une compétence interactionnelle située, qu'E. Goffman (1959) qualifie de « maîtrise cérémonielle de la présentation de soi ». En contexte d'incommunicabilité linguistique, les soignants reconfigurent leur posture interactionnelle à travers un usage ajusté du corps comme scène expressive. L'échange ne repose plus sur le verbe, mais sur une grammaire gestuelle, construite dans l'instant, et dont l'intelligibilité procède d'une co-construction silencieuse. Il s'agit là d'un savoir-faire dialogique fondé non sur la norme scripturale du soin, mais sur une compétence pratique émergeant du cadre de coprésence. Le mime devient ici l'un des outils de cette dramaturgie interactionnelle qui permet au soignant de maintenir la définition de la situation, même en l'absence de codes langagiers communs.

- ✓ ***Langage du corps et capital gestuel : techniques incorporées et habitus professionnel***

La corporéité, loin d'être un simple support d'expression, devient dans ce contexte une forme d'écriture gestuelle socialement apprise. Elle renvoie aux « techniques du corps » de M. Mauss (1936), entendues comme des manières historiquement et socialement constituées de faire usage de son propre corps. Ce capital gestuel, actualisé en situation clinique, procède d'un habitus professionnel incorporé, au sens bourdieusien du terme (P. Bourdieu, 1980), qui rend le geste à la fois intentionnel et socialement codé. Loin d'être marginal ou folklorique, ce registre gestuel relève d'un système de signes infra-verbaux dont la valeur repose sur une reconnaissance tacite partagée par les acteurs du champ médical.

- ✓ ***Bricolage interactionnel et ruse soignante : une rationalité pratique en contexte contraint***

Ces pratiques situées peuvent également être analysées comme des formes de bricolage interactionnel, au sens Lévi-straussien du terme (C. Lévi-Strauss, 1962). Le soignant mobilise les ressources immédiatement disponibles ici son propre corps et sa capacité à improviser pour maintenir un régime interactionnel stable. Cette capacité à faire avec les moyens du bord renvoie à ce que M. de Certeau (1980) désigne comme des « arts de faire », c'est-à-dire des tactiques de détournement des normes instituées dans des configurations asymétriques. On observe ainsi une créativité professionnelle silencieuse, une intelligence contextualisée du soin, qui échappe à la logique prescriptive mais produit néanmoins des effets de soin efficaces.

- ✓ *Performativité clinique et négociation des normes dans l'infra-ordinaire*

Le soin ici performé ne s'inscrit pas simplement dans un cadre réglementaire : il s'en affranchit partiellement pour mieux l'incarner. La performativité du geste infirmier dans ces contextes souligne un décalage entre la normativité institutionnelle (centrée sur une langue hégémonique et une standardisation des pratiques) et la pragmatique quotidienne du soin. Ce hiatus rejoint les analyses de N. Elias (1987), selon lesquelles les individus agissent dans les interstices des structures, en ajustant constamment leurs gestes aux contraintes de l'environnement. Loin d'être un défaut de conformité, cette capacité d'adaptation renvoie à une compétence située qui négocie le sens et la portée de l'acte de soin en dehors de son formalisme scripturaire.

- ✓ *Socialisation implicite et autorité silencieuse : le savoir du terrain comme capital professionnel*

Le fait que ces pratiques ne soient ni codifiées ni enseignées dans les curricula formels révèle un processus de socialisation professionnelle implicite. À la suite des travaux d'E. Hughes (1958), on peut interpréter ces usages comme des expressions d'un savoir profane institué dans et par l'expérience. Cette sagesse pratique, acquise en situation, fonde une autorité professionnelle qui ne procède pas du titre mais de la capacité à agir efficacement dans des contextes de complexité culturelle ou linguistique. Le mime, loin d'être un pis-aller, devient ainsi une stratégie légitime et reconnue au sein des collectifs professionnels, bien qu'il demeure invisible dans les référentiels de formation.

- ✓ *Soin situé, cognition distribuée et culture de la clinique*

Enfin, ces pratiques incarnent ce que Strauss et ses collègues (1985) ont décrit comme la nature distribuée et située du travail médical. Le soin ne relève pas d'une logique univoque de l'application, mais d'un ajustement permanent aux contextes cognitifs et culturels des patients. Dans des environnements marqués par l'hétérogénéité linguistique comme en Afrique de l'Ouest, cette capacité à réinterpréter les gestes soignants en fonction des ressources locales est le signe d'une clinique culturalisée, où l'acte de soin est aussi un acte de traduction

culturelle. Il s'agit d'une forme de care située, où l'écoute passe par le corps et l'attention par l'ajustement du geste.

***Conclusion : vers une reconnaissance épistémologique des savoirs occultés***

Au total, cette analyse met en exergue l'existence d'un savoir incarné, souvent disqualifié par les régimes épistémiques dominants, mais central pour l'intelligibilité mutuelle dans les espaces soignants hétérogènes. Comme l'a montré P. Benner (1984), l'expérience infirmière repose moins sur la maîtrise procédurale que sur l'acquisition d'une intuition clinique, fondée sur l'observation, la répétition et l'ajustement. Reconnaître ces pratiques, c'est non seulement enrichir l'anthropologie du soin, mais aussi repenser les curricula de formation, afin qu'ils intègrent ces savoirs tacites comme des vecteurs de compétence, de dignité et d'efficience dans les contextes plurilingues contemporains.

## 2.2. La fabrique sociale de la traduction ordinaire : usages et légitimité des relais informels dans l'espace interactionnel

L'enquête a mis en évidence un transfert partiel de la fonction communicative vers des tiers qu'il s'agisse de membres de l'entourage du patient ou de personnels hospitaliers maîtrisant la langue locale donnant lieu à une forme de médiation non institutionnalisée. Cette délégation, bien qu'efficace dans certains cas, interroge les garanties de confidentialité et les principes déontologiques. Toutefois, elle s'inscrit dans une dynamique relationnelle caractéristique des sociétés à forte cohésion communautaire, où la prise en charge de la santé est souvent pensée de manière collective plutôt qu'individuelle.

> **Productions langagières recueillies** : « Quand il ne parle pas français, j'appelle souvent un parent qui peut traduire. C'est risqué pour le secret médical, mais on n'a pas le choix. » (T.S, Infirmière, 29 ans, pédiatrie) ; « Il y a un aide-soignant qui parle leur langue, je le fais venir pour qu'il explique. Officiellement, ce n'est pas son rôle, mais sur le terrain c'est indispensable. » (G.N, Infirmière, 35 ans, maternité)

Les énoncés observés mettent en lumière des pratiques communicationnelles ancrées dans les dynamiques informelles du travail quotidien, révélant un décalage structurel entre les injonctions normatives de la profession et les nécessités pragmatiques du terrain. Le recours à des figures non habilitées à la médiation linguistique parents ou collègues non désignés comme traducteurs s'inscrit dans une logique de contournement fonctionnel des prescriptions institutionnelles, au nom d'une efficacité relationnelle jugée indispensable.

Ces pratiques ne relèvent pas d'une simple initiative individuelle, mais traduisent un mode d'organisation informel de la communication, émergent dans les interstices des dispositifs officiels. Elles constituent une réponse à la défaillance des infrastructures de traduction institutionnelle et à la pluralité linguistique des usagers, que les cadres professionnels peinent à intégrer pleinement. Ainsi, le parent convoqué ou l'aide-soignant sollicité devient des relais de traduction

profanes, insérés dans une économie de la débrouille où la régulation formelle cède devant l'exigence de compréhension.

L'énoncé « c'est risqué pour le secret médical, mais on n'a pas le choix » révèle la conscience réflexive des soignants quant aux limites juridiques et éthiques de ces pratiques, mais aussi l'existence d'une hiérarchie implicite entre la norme et la relation praticable. Le dilemme éthique, explicitement formulé, témoigne d'un arbitrage en situation, où la mise en œuvre d'un soin intelligible passe avant la conformité réglementaire. Cette transgression consentie n'est pas un écart pathologique, mais une accommodation rationnelle face à des injonctions contradictoires.

Par ailleurs, l'affirmation selon laquelle « ce n'est pas son rôle, mais sur le terrain c'est indispensable » dévoile une redéfinition des rôles professionnels sous l'effet des contraintes du réel. L'institution prescrit un rôle, mais c'est l'expérience du terrain qui en configure l'extension effective. Le rôle de l'aide-soignant s'élargit alors de façon tacite, sur fond d'un consensus local implicite, non reconnu mais fonctionnellement légitimé par les nécessités communicationnelles.

Ces ajustements montrent que la pratique professionnelle est traversée par des logiques de négociation constante entre le prescrit et l'effectif, entre la règle et l'usage. Ils mettent au jour un espace d'intermédiation invisible, où s'élabore une micro-politique du soin : celle où les professionnels redéploient localement les normes, en les adaptant aux situations concrètes, souvent au prix de l'invisibilité de leur travail réel.

Ce faisant, ces pratiques traduisent une forme de créativité contrainte, fondée sur l'expertise pratique des acteurs, et posent en creux la question de la reconnaissance institutionnelle des savoirs d'ajustement. Elles révèlent une architecture parallèle du soin, discrète et informelle, mais pourtant centrale dans le fonctionnement quotidien des dispositifs de santé multiculturels.

Les matériaux discursifs considérés révèlent, en creux, les configurations problématiques de la médiation langagière en milieu hospitalier, particulièrement dans les contextes plurilingues des espaces francophones d'Afrique subsaharienne. Ils mettent en lumière une tension structurante entre, d'une part, l'impératif fonctionnel de rendre le soin intelligible et, d'autre part, les injonctions normatives encadrant la distribution légitime des rôles professionnels.

Ce qui se donne à voir à travers ces énoncés, c'est une conflictualité latente entre les régimes de normativité institutionnelle et les exigences pratiques d'une communication effective, dans un environnement où les asymétries linguistiques constituent un facteur structurel d'incompréhension. L'intervention de tiers non mandatés ou la redéfinition tacite des rôles professionnels traduisent des formes d'arrangement local, à la fois contingentes et structurées, par lesquelles les acteurs redéploient les conditions minimales d'un échange signifiant.

L'analyse sociologique qui suit se propose d'interroger ces pratiques à la lumière d'un outillage théorique apte à penser, au-delà des apparences empiriques, les formes ordinaires de reconfiguration des normes dans l'espace interactionnel soignant.

✓ *Le recours aux proches : un compromis entre soin et secret*

Dans le premier extrait, l'infirmière déclare : *« j'appelle souvent un parent qui peut traduire. C'est risqué pour le secret médical, mais on n'a pas le choix. »* Cette phrase incarne une forme de contradiction structurante au sens de R. K. Merton (1949) : les normes de confidentialité entrent en contradiction avec la nécessité pratique de communiquer avec le patient. Le soignant doit arbitrer entre principes éthiques et efficacité du soin, révélant un dilemme éthique propre au travail en situation.

✓ *L'usage de traducteurs non professionnels : une forme de bricolage organisationnel*

Le fait de recourir à un parent ou à un aide-soignant qui parle la langue du patient renvoie à une forme de bricolage institutionnel, au sens de C. Lévi-Strauss (1962). Les soignants mobilisent les ressources disponibles, bien qu'elles ne soient pas officiellement prévues pour cette fonction. Ce recours exprime une rationalité pratique, empirique, que M. de Certeau(1980) qualifie d'*art de faire*, où les acteurs détournent les règles pour répondre aux besoins concrets.

✓ *La division du travail et ses transgressions informelles*

L'extrait montre clairement une transgression du rôle officiellement assigné à l'aide-soignant : *« ce n'est pas son rôle, mais sur le terrain c'est indispensable. »* Cela renvoie aux travaux d'A. Strauss(1985), où il décrit comment la division du travail en milieu hospitalier est sans cesse négociée et redéfinie selon les besoins du terrain. Le rôle des soignants dépasse donc les fiches de poste et s'étend dans une logique de coopération et de souplesse professionnelle.

✓ *Le pouvoir des langues dans les institutions*

Ces pratiques interrogent également la hiérarchie linguistique implicite dans les institutions de santé. Le français, langue de l'État et de la formation médicale, s'impose comme norme dominante, reléguant les langues locales à un statut subalterne. Cette inégalité peut être éclairée par P. Bourdieu(1982), qui montre que la maîtrise d'une langue légitime est un capital symbolique. L'absence de reconnaissance institutionnelle des langues locales dans les soins traduit une violence symbolique qui fragilise la relation thérapeutique.

✓ *La logique du care en contexte multilingue*

Le fait que les infirmiers prennent sur eux de faire appel à un traducteur, même non officiel, montre une éthique du care, telle que définie par J. Tronto(1993). Le soin ici ne se limite pas à des gestes techniques : il implique de comprendre l'autre dans sa langue, dans sa culture. Le choix de privilégier la communication, au

risque de transgresser les normes, est un acte profondément éthique, au nom de la qualité du soin.

✓ *La délégation informelle comme stratégie de survie organisationnelle*

Ces extraits illustrent également la manière dont les soignants pallient les lacunes institutionnelles en développant des pratiques parallèles. Ce phénomène s'apparente à la notion de *travail invisible*, mise en avant par A. Hochschild(1983), où les tâches émotionnelles, relationnelles et linguistiques, non reconnues officiellement, deviennent centrales dans l'efficacité réelle du service. Le rôle de médiateur culturel assumé par les aides-soignants reste non valorisé, bien qu'il soit indispensable.

✓ *L'occultation du travail de traduction dans les institutions médicales*

Enfin, ces pratiques de traduction improvisée posent la question de la reconnaissance institutionnelle. H. Everett(1958), insiste sur la manière dont certaines compétences professionnelles sont reconnues ou déniées selon leur compatibilité avec les normes institutionnelles. Ici, la médiation linguistique, bien qu'essentielle, reste invisible dans les formations et les organigrammes, ce qui révèle une conception étroite de la compétence soignante.

En conclusion, ces deux extraits, montrent que la pratique infirmière en contexte multilingue repose sur des ajustements constants, souvent en tension avec les normes formelles. Les soignants mettent en œuvre des stratégies de contournement, qui relèvent à la fois du soin éthique, du bricolage organisationnel et de la résistance symbolique. Ces pratiques méritent une reconnaissance institutionnelle et académique, car elles représentent une compétence professionnelle cruciale dans les contextes postcoloniaux et plurilingues.

### 2.3. Entre orthodoxie normative et bricolages pragmatiques : tensions socioprofessionnelles en contexte d'intervention

Les professionnels de santé ressentent une forme de malaise face à l'écart entre les exigences normatives de leur pratique (standardisation des soins, traçabilité, consentement éclairé) et les contraintes imposées par l'illettrisme des patients, qui rendent l'application de ces normes complexe. Cette discordance reflète une tension entre deux rationalités : d'une part, celle imposée par les cadres légaux et institutionnels, et d'autre part, celle dictée par les réalités pratiques du terrain.

> Énoncés discursifs recueillis : « On nous demande d'expliquer tout pour obtenir le consentement, mais quand la personne ne sait ni lire ni comprendre le français, on fait comment ? » (D. J, Infirmier, 41 ans, chirurgie) ; « Il y a les règles, et puis il y a le quotidien. Ce qu'on fait pour que ça marche, ce n'est pas toujours ce qui est écrit dans les manuels. » (K.S, Infirmière, 33 ans, consultation externe)

Les discours recueillis dévoilent une ligne de fracture entre l'ordre normatif prescrit et l'expérience concrète du soin en contexte. Ce clivage apparaît notamment dans l'épreuve de la mise en œuvre du consentement éclairé, qui, bien qu'inscrit dans le cadre légal et déontologique des pratiques professionnelles, se

heurte aux réalités langagières et culturelles du terrain. L'interrogation formulée par l'infirmier (« on fait comment ? ») fonctionne ici comme un marqueur d'incertitude, mais aussi comme l'expression d'un désajustement structurel entre des normes conçues dans un univers homogène et leur application dans un espace hétérogène, socialement et linguistiquement.

Ce décalage structurel entre l'idéal normatif d'une information transparente, accessible et juridiquement encadrée, et la possibilité réelle de sa mise en œuvre, met en lumière les limites d'un modèle universaliste de la relation soignant-soigné. Dans la pratique, l'exigence d'obtenir un consentement éclairé se trouve disqualifiée par l'impossibilité matérielle de garantir une compréhension réciproque, notamment lorsque l'interlocuteur est éloigné des codes linguistiques et culturels attendus. La norme, dans ce cas, devient une fiction opératoire, dont l'effectivité repose moins sur sa lettre que sur la capacité d'interprétation des professionnels.

Le second énoncé explicite quant à lui une tension latente entre les savoirs formels ceux qui sont « écrits dans les manuels » et les savoirs d'usage, forgés au contact de la contingence du réel. Il met en exergue une forme de bifurcation entre la régulation textuelle des pratiques et leur reconfiguration dans l'interaction quotidienne. Ce que laisse entendre le propos, c'est que l'efficacité du soin repose sur un registre de compétences implicites, souvent non codifiées, mais qui permettent aux professionnels de faire tenir la relation soignante malgré les dissonances structurelles.

Ce type de discours révèle ainsi une logique de « double conformité » dans les pratiques professionnelles : les soignants doivent répondre aux attentes institutionnelles tout en mobilisant, dans l'ombre, des formes d'ajustement situées qui ne figurent pas dans les dispositifs normatifs. Cette tension, loin d'être marginale, constitue un mode ordinaire de régulation, dans lequel les acteurs produisent un équilibre fragile entre la légitimité procédurale et la nécessité d'agir.

En somme, l'analyse de ces énoncés invite à penser les pratiques professionnelles non comme de simples exécutions de normes, mais comme des actes situés, traversés par des contradictions, des arbitrages et des formes de réflexivité contextuelle. Elle souligne la centralité d'un travail invisible d'adaptation, où la normativité s'éprouve, se négocie et parfois se suspend, pour préserver l'intelligibilité minimale du soin et la continuité de la relation thérapeutique.

Les extraits révèlent une tension fondamentale entre normes institutionnelles (juridiques, professionnelles) et réalités pratiques du terrain hospitalier, en particulier dans les contextes marqués par des barrières linguistiques et d'une compétence langagière restreinte. Ces propos soulignent les limites de l'universalité présumée des règles biomédicales (comme le consentement éclairé) et la nécessité d'adaptations quotidiennes dans la relation soignant-soigné. L'analyse sociologique suivante s'appuie sur des auteurs clés pour interpréter ces dynamiques.

✓ ***Entre norme juridique et réalité sociolinguistique : la crise du consentement éclairé***

Le premier extrait pose un problème de fond : *« On nous demande d'expliquer tout pour obtenir le consentement, mais quand la personne ne sait ni lire ni comprendre le français, on fait comment ? »* Cela renvoie à une dissonance entre norme et réalité, qu'on peut interpréter avec R. K. Merton(1949), lorsqu'il développe le concept d'*anomie* institutionnelle un décalage entre les objectifs prescrits (expliquer, obtenir un consentement éclairé) et les moyens disponibles (absence de médiation linguistique, faible éducation du patient).

✓ ***L'ordre normatif versus l'ordre pratique***

L'infirmière de l'extrait formule un constat clair : *« ce qu'on fait pour que ça marche, c'est pas toujours ce qui est écrit dans les manuels. »* Cette dissociation entre le prescrit et le réel rejoint les travaux de M. Lipsky (1980). Il montre que les professionnels de terrain comme les infirmiers réinterprètent les règles pour les rendre applicables. Ils deviennent des *bureaucrates du bas de l'échelle*, adaptant les normes aux contraintes concrètes.

✓ ***Les pratiques comme formes de résistance discrète***

Ces ajustements quotidiens peuvent aussi être vus comme des formes de résistance douce aux normes trop rigides. J.C. Scott (1985), théorise ces micro-pratiques comme des tactiques de survie ou d'autonomisation dans des systèmes dominants. Les infirmiers, en s'éloignant parfois des "manuels", ne rejettent pas l'éthique du soin, mais reconfigurent les règles pour garantir une prise en charge humaine et effective.

✓ ***La connaissance située et l'intelligence pratique***

La phrase de l'infirmière fait écho à ce que P.Benner(1984) appelle dans *From Novice to Expert* la *connaissance située* : un savoir empirique, acquis dans l'expérience, souvent invisible mais indispensable à la pratique. Contrairement au savoir théorique enseigné dans les écoles, ce savoir n'est pas codifié, mais il guide la majorité des décisions en situation réelle. L'intelligence professionnelle se manifeste ainsi dans la capacité à faire "ce qui marche", plutôt que "ce qui est écrit".

✓ ***La rationalité limitée et le bricolage du quotidien***

Le problème posé par le consentement en contexte d'illettrisme (E.8) peut également être lu à travers le concept de *rationalité limitée* d'H. Simon (1947). Les soignants agissent avec une information partielle et dans un cadre contraint. Le *bricolage*, tel que conceptualisé par Claude Lévi-Strauss dans *La pensée sauvage* (1962), devient alors leur mode d'action : ils utilisent les ressources disponibles, même informelles, pour atteindre les objectifs de soin et de respect du patient.

✓ *La mise en scène des normes : Goffman (1922-1982) et le « frontstage » du soin*[1]

La tension entre discours officiel (ce qu'il faut dire/faire) et pratiques réelles (ce que l'on fait pour que ça fonctionne) est aussi au cœur de la théorie d'E. Goffman(1959). Le consentement peut être performé selon les apparences réglementaires, même si, en coulisses (*backstage*), l'interaction réelle repose sur d'autres modes de communication, comme les gestes, la simplification ou la délégation.

✓ *Vers une critique postcoloniale de l'universalité biomédicale*

En définitive, la difficulté à obtenir un consentement éclairé en français dans des contextes multilingues renvoie à une critique plus large de l'universalisme médical. F. Fanon(1961), soulignait déjà comment les institutions coloniales imposent des normes qui ignorent les réalités culturelles et linguistiques des populations locales. Cette logique se perpétue dans certains dispositifs de santé publique, en oubliant que le soin passe aussi par la reconnaissance des différences culturelles et linguistiques.

En somme, les extraits exposent une tension fondatrice entre le droit médical formel et les pratiques soignantes informelles. En adaptant les normes pour les rendre effectives, les infirmiers mettent en œuvre une rationalité située, éthique et pragmatique. Loin de transgresser l'éthique, ils l'incarnent dans sa dimension la plus humaine. Cette analyse plaide pour une revalorisation de ces savoirs professionnels occultés, et pour une réforme des cadres normatifs afin qu'ils intègrent réellement la diversité sociale et linguistique des terrains.

## 2. 4. Reconnaissance en creux et légitimités silencieuses : dynamiques implicites de reconnaissance des adaptations situées

[1] L'expression **« frontstage » du soin** renvoie à un concept développé par E.Goffman (1922-1982) dans sa sociologie interactionniste, notamment dans *La mise en scène de la vie quotidienne* (1959).

◆ **Signification dans le contexte du soin :**

1. **Concept de frontstage :**

Dans la métaphore théâtrale de Goffman, le frontstage désigne l'espace où les acteurs sociaux présentent une image contrôlée d'eux-mêmes à autrui. C'est le lieu de la performance publique, où les comportements, discours et gestes sont calibrés pour faire bonne impression et maintenir une certaine crédibilité ou légitimité sociale.

2. **Application au soin :**

Dans les pratiques infirmières ou médicales, le frontstage correspond aux interactions visibles entre le soignant et le patient. Les infirmiers y adoptent des routines, gestes, paroles et postures codifiés pour rassurer, montrer compétence et professionnalisme. Derrière cette façade, il existe souvent un backstage, où se préparent les interventions, se gèrent les émotions, ou s'adaptent les pratiques de façon moins formelle.

3. **Importance analytique :**

Étudier le frontstage du soin permet de comprendre comment les soignants construisent la confiance, la légitimité et l'efficacité de leur action face au patient. Cela révèle également les tensions entre les normes institutionnelles et les pratiques réelles, notamment lorsqu'il faut gérer des obstacles comme l'illettrisme, la barrière linguistique ou les ressources limitées. En résumé, le frontstage du soin désigne l'espace public et observable où le soignant met en scène sa compétence et sa posture professionnelle, conformément aux attentes sociales et institutionnelles, tandis que le backstage correspond aux préparations, ajustements et stratégies informelles qui permettent que cette performance soit possible.

Les infirmiers manifestent, parfois de manière implicite, un désir de voir leurs compétences pratiques, acquises sur le terrain, reconnues comme des savoirs professionnels à part entière. Cette démarche s'inscrit dans un processus de professionnalisation, où l'expérience acquise au quotidien cherche à se voir conférer une légitimité officielle et institutionnelle.

> ***Expressions discursives issues du terrain****: « On nous forme en français, mais sur le terrain c'est en langues locales qu'on soigne. Il faut qu'on nous forme aussi à ça. » (O.M, Infirmière, 36 ans, service maternité) ; « Ce qu'on invente ici devrait être reconnu… ce n'est pas juste de l'improvisation, c'est un vrai savoir. » (D.K, Infirmier, 39 ans, hospitalisation)*

Les énoncés recueillis traduisent une disjonction fondamentale entre les cadres formels de formation professionnelle, ancrés dans une langue officielle, et les exigences communicationnelles effectives rencontrées sur le terrain, dominées par les langues vernaculaires. Cette fracture illustre la tension entre universalisme normatif et particularismes contextuels, laquelle traverse la construction sociale des compétences professionnelles. La revendication d'une formation « aussi » en langues locales dénonce implicitement l'ethnocentrisme institutionnel et l'hégémonie linguistique, qui marginalisent les savoirs plurilingues en tant que ressources légitimes du soin.

En revendiquant la reconnaissance de ces pratiques comme « un vrai savoir » et non comme de « l'improvisation », les professionnels produisent un discours de légitimation visant à revaloriser des formes de connaissances tacites et situées, jusqu'alors ignorées ou déqualifiées par les canons institutionnels. Ce processus met en lumière la dialectique entre savoirs académiques et savoirs d'expérience, ces derniers se forgeant dans l'interaction quotidienne avec la pluralité linguistique des patients.

Ce double énoncé pose la question de la reconnaissance sociale des savoir-faire informels, souvent occultée dans la hiérarchie professionnelle, mais essentiels à la production effective du soin. Il traduit une revendication d'institutionnalisation de ces compétences, en vue d'une requalification des rôles et des pratiques, qui dépasserait la simple adaptation ponctuelle pour constituer un volet reconnu et intégré de la formation initiale et continue.

Par ailleurs, cette dynamique témoigne d'une production collective de savoirs « situés », caractéristique des environnements sociaux pluriels où l'interaction se construit dans la négociation permanente des ressources langagières. Loin d'être des simples accommodements, ces savoirs incarnent une expertise pragmatique qui contribue à la co-construction des normes locales de légitimité professionnelle.

Ainsi, la tension entre formation standardisée et exigence d'une compétence linguistique contextualisée illustre un enjeu de pouvoir symbolique : la reconnaissance ou la marginalisation des savoirs subalternes, dont la visibilité conditionne la redistribution des statuts professionnels et l'adaptation des institutions à la diversité sociolinguistique réelle.

Les énoncés discursifs considérés donnent à voir un écart structurel profondément enraciné entre, d'une part, les dispositifs de formation académique

des professionnels de santé, construits autour de savoirs abstraits, normés et francophones, et, d'autre part, les exigences pratiques, linguistiques et socioculturelles rencontrées dans les contextes d'exercice. Cette disjonction n'est pas simplement technique ou pédagogique : elle révèle une asymétrie constitutive entre des savoirs institués porteurs d'une légitimité académique et administrative et des compétences situées, produites dans l'interaction avec des environnements sociaux hétérogènes.

Ce que ces extraits laissent apparaître, c'est la centralité d'un travail d'ajustement pragmatique réalisé par les soignants, en marge des prescriptions normatives, pour rendre possible la communication et la continuité du soin. En ce sens, les pratiques évoquées s'inscrivent dans une économie souterraine du savoir, où les professionnels mobilisent des ressources souvent non reconnues par les cadres institutionnels, mais absolument décisives dans les configurations locales d'action. La demande implicite de reconnaissance formulée dans ces discours constitue ainsi un acte politique de mise en visibilité de savoirs subalternes, longtemps relégués dans les zones d'ombre de l'activité soignante.

L'analyse de ces propos engage une réflexion sur la fabrique sociale des compétences professionnelles, et sur les rapports de pouvoir qui organisent la hiérarchie des savoirs dans les institutions de santé. Elle interroge le processus par lequel certains savoirs ancrés dans la réflexivité pratique, l'expérience située, l'invention contextuelle sont historiquement déqualifiés au profit d'un référentiel technocratique et uniformisant. Ces tensions entre savoirs dominants et savoirs vernaculaires signalent non seulement une crise de l'adéquation entre formation et terrain, mais aussi une demande de reconfiguration des critères de légitimité dans la définition de ce que « soigner » veut dire dans des contextes de diversité culturelle et linguistique.

L'analyse sociologique qui suit mobilise un appareillage théorique visant à rendre intelligible cette conflictualité entre ordre institutionnel du savoir et rationalité pratique du soin.

✓ ***Le fossé entre formation académique et réalité du terrain***

L'énoncé : *« On nous forme en français, mais sur le terrain c'est en langues locales qu'on soigne. Il faut qu'on nous forme aussi à ça. ».* Illustre ce que P. Bourdieu(1982) appelle une violence symbolique exercée par les institutions, notamment à travers la langue. Il montre que la langue légitime (ici le français) est imposée comme norme universelle, disqualifiant les langues locales pourtant indispensables à l'interaction thérapeutique. Le système de formation produit ainsi un effet de cécité institutionnelle face aux réalités sociolinguistiques du terrain.

✓ ***L'occultation des compétences locales comme enjeu de domination***

L'extrait : *« Ce qu'on invente ici devrait être reconnu… ce n'est pas juste de l'improvisation, c'est un vrai savoir. »* fait écho aux travaux d'E. C. Hughes (1958), où il défend l'idée que la compétence professionnelle inclut des savoirs tacites, souvent non reconnus par les institutions. Les soignants élaborent des réponses créatives et efficaces face aux situations non prévues par la formation. Ces savoirs,

produits collectivement sur le terrain, restent pourtant relégués au statut d'"improvisation", faute de validation officielle.

- ✓ ***Le savoir situé et incarné dans l'action***

Ces deux extraits s'inscrivent dans une logique de savoir situé, concept théorisé par D. Haraway (1988). Le savoir infirmier ne se limite pas à ce qui est appris dans les manuels : il se construit dans une interaction constante avec les réalités locales, linguistiques, culturelles et matérielles. L'infirmier et l'infirmière deviennent des "inventeurs" de pratiques adaptées à des contextes souvent invisibilisés par les normes biomédicales.

- ✓ ***Du bricolage au savoir professionnel : reconnaissance du « savoir-faire avec »***

Les soignants évoquent ici leur capacité à "faire avec", à *inventer* dans l'urgence. Ce processus s'apparente au bricoleur de C. Lévi-Strauss(1962), qui fabrique du sens et de l'efficacité avec les matériaux disponibles. Ce bricolage, loin d'être aléatoire, repose sur une compétence pragmatique, située, structurée par l'expérience. Il constitue une forme de savoir professionnel à part entière, que Patricia Benner qualifie de *practical wisdom* dans *From Novice to Expert* (1984).

- ✓ ***L'éthique du care en contexte plurilingue***

L'enquêté signale un enjeu de formation en lien avec la diversité linguistique des patients. Cela rejoint la réflexion de J.Tronto(1993), selon laquelle prendre soin suppose d'écouter, comprendre, et répondre à l'autre dans ses termes. L'absence de formation aux langues locales n'est donc pas simplement un déficit technique, mais un manquement éthique. Les soignants réclament ici une reconnaissance de la pluralité des modalités du soin, au-delà des standards occidentaux.

- ✓ ***La logique de terrain versus la logique bureaucratique***

L'extrait de l'interlocuteur revendique une reconnaissance de ce qui est inventé localement. Cela rappelle la distinction proposée par A. Strauss(1985) entre la logique du travail réel et la logique administrative. Les professionnels de santé développent des routines, des solutions et des savoirs qui échappent aux normes institutionnelles, mais qui assurent la continuité et la qualité des soins. Ce sont des formes de "travail invisible", indispensables mais non reconnues.

- ✓ ***La légitimation inégale des savoirs dans l'ordre médical***

Enfin, ces propos révèlent une tension entre *savoir scientifique* et *savoir empirique*. Le système de santé valorise les savoirs issus de la biomédecine et de la formation académique, dévalorisant ceux qui émergent des expériences quotidiennes. Cette hiérarchisation des savoirs a été analysée par M. Foucault (1963), où il décrit comment les institutions médicales construisent une grille de légitimité qui éclipse les formes populaires ou pratiques de connaissance.

En conclusion, les extraits appellent à une réforme épistémologique du regard porté sur le savoir infirmier. Ils montrent que les soignants ne sont pas seulement des exécutants des normes, mais des producteurs actifs de savoirs situés, façonnés par la complexité des situations concrètes. Leur appel à la reconnaissance est aussi un appel à repenser la formation, l'éthique du soin et la place des langues et cultures locales dans les dispositifs de santé publique. Cette analyse sociologique

met en lumière la richesse des savoirs professionnels dits "improvisés", qui méritent une reconnaissance institutionnelle, académique et politique.

### 2.5. Médiations langagières infra-institutionnelles et tactiques compensatoires du soin : configurations interactionnelles face à l'illettrisme des patients au CHR de Divo

L'étude a mis en relief les formes de médiation linguistique non formalisées par l'institution, c'est-à-dire improvisées, informelles ou tacitement tolérées dans l'espace de soin. Ces médiations sont dites *infra-institutionnelles* car elles opèrent en deçà des normes établies, sans être reconnues comme des dispositifs officiels de communication.

> **Productions langagières contextuelles** : « Quand ma tante ne comprend pas, l'infirmière montre avec la main ou elle mime ce qu'il faut faire. Par exemple, elle touche le ventre ou elle fait un signe avec la tête. Ça l'aide beaucoup. » (F, M , Accompagnant, 42 ans, nièce d'une patiente âgée) ; « Moi je suis obligé de rester à côté, parce que ma mère ne parle pas bien le français. Alors parfois, c'est moi qui traduis en malinké ce que l'infirmière dit. » (G.L, Accompagnant, 29 ans, fils d'une patiente diabétique) ; « Une fois, l'infirmier a dessiné un petit schéma pour expliquer comment prendre les médicaments. Même si c'était simple, ça a vraiment aidé, parce qu'on ne sait pas lire les papiers. » (T.B, Accompagnante, 35 ans, épouse d'un patient hospitalisé)

Les trois propos sélectionnés, issus d'interactions soignantes observées au CHR de Divo, rendent compte d'une économie discursive contextualisée, façonnée par la précarité linguistique structurelle des usagers et par la mise en œuvre de tactiques d'ajustement interactionnel. Malgré leur diversité énonciative, ces discours convergent vers une même logique sous-jacente : celle d'une suppléance communicationnelle infra-institutionnelle, fondée sur une pragmatique du soin en situation de discontinuité cognitive.

Le premier extrait évoque le recours au mime, non pas comme simple démonstration, mais comme dispositif opérateur de sens, capable d'instaurer une reconnaissance corporelle mutuelle autour de l'expérience partagée de la douleur. Ce geste, en tant qu'acte expressif, scénarise le symptôme, institue une forme d'intelligibilité incarnée et substitue à l'oralité défaillante une sémiotique gestuelle. Il s'agit d'une mise en forme relationnelle de l'invisible pathologique, qui érige le corps du soignant en vecteur pédagogique du sens thérapeutique.

Dans le second extrait, l'accompagnant endosse une fonction de médiation linguistique informelle, traduisant les propos de l'infirmière dans une langue vernaculaire accessible au patient. Cette configuration interactionnelle met en évidence le recours à un tiers profane comme interface langagière, dans un espace institutionnel où les médiations linguistiques formelles font défaut. L'intervention du proche devient ainsi le support d'une recomposition du cadre communicationnel, à la croisée des sphères médicale et domestique, révélant une frontière perméable entre soin professionnel et entraide parentale.

Le troisième extrait met en lumière l'usage d'une iconicité pédagogique comme modalité de transmission du savoir thérapeutique. Le schéma tracé par l'infirmier devient un outil heuristique à part entière, permettant une réorganisation visuelle

des consignes de traitement. Cette stratégie, bien que marginale dans les normes hospitalières, manifeste une rationalité située où la visualisation supplante l'écrit médical normatif. Elle s'inscrit dans une esthétique du soin fondée sur l'adaptation, l'improvisation et l'efficacité symbolique minimale.

Pris ensemble, ces fragments de parole articulent une forme de grammaire secondaire du soin, qui ne relève ni du registre prescriptif des protocoles, ni de l'univocité langagière du discours biomédical. Ce sont des pratiques d'énonciation alternative, enracinées dans la matérialité corporelle, les langages indigènes et les ressources graphiques, qui assurent la continuité relationnelle là où les dispositifs classiques échouent. Ces pratiques donnent à voir une compétence interactionnelle implicite, façonnée dans l'épreuve de la rencontre, dans l'urgence de faire sens malgré les barrières structurelles.

L'analyse de ces énoncés conduit à réinterroger la centralité accordée au langage médical standardisé dans l'espace hospitalier. Le soin se donne ici à lire comme un acte fondamentalement relationnel, dont l'effectivité repose sur des médiations souvent non reconnues, mais décisives. Il s'énonce aussi et peut-être surtout dans le hors-langage : gestes, silences, schémas, traductions familiales, autant de formes de suppléance qui constituent une rationalité interactionnelle du soin. Cette dernière appelle à une reconnaissance institutionnelle explicite des savoirs situés, longtemps tenus en marge mais porteurs d'une efficacité pratique irréductible.

## 3. Discussion

L'analyse sociologique dévoile une intelligence du soin qui ne saurait être réduite à l'application mécanique de protocoles normatifs, mais qui se donne plutôt à voir comme une compétence incarnée, enracinée dans l'expérience vécue des acteurs de terrain. Cette forme d'intelligence pratique, souvent occultée par les dispositifs institutionnels de formation et d'évaluation, se construit dans la quotidienneté de l'interaction soignant-soigné, au croisement de contraintes linguistiques, d'asymétries culturelles et d'incertitudes cliniques. Elle est modulée par les dynamiques relationnelles propres à chaque situation, où la capacité d'écoute, de décodage des signes non verbaux, d'adaptation contextuelle et d'ajustement spontané constitue une condition centrale de l'efficacité thérapeutique.

Autrement dit, cette intelligence du soin ne repose pas uniquement sur un capital cognitif ou technique, mais sur une forme de réflexivité située, mobilisée dans l'urgence, l'incertitude ou la dissonance communicationnelle. Elle engage le professionnel dans un travail de composition éthique et interactionnelle, où il s'agit moins de « faire selon les règles » que de rendre possible une relation de soin intelligible, humainement soutenable, et socialement efficace. En cela, elle interroge les frontières instituées entre savoirs légitimes et savoirs informels, et invite à repenser les modalités de reconnaissance et de transmission des compétences dans les institutions sanitaires.

L'idée selon laquelle l'intelligence du soin est enracinée dans l'expérience renvoie à une conception pragmatique et située des savoirs professionnels. Cette perspective a été développée de manière exemplaire par P. Benner (1984), où elle montre que les soignants acquièrent, avec le temps et la pratique, un savoir tacite qui dépasse la simple application des protocoles. Ce savoir empirique s'appuie sur l'observation, l'intuition et l'adaptation à des situations complexes. Ainsi, la rationalité du soin n'est pas seulement technique ou scientifique, elle est aussi pratique, sensible et contextuelle.

L'interaction entre soignant et soigné est un lieu fondamental de construction de cette intelligence pratique. E. Goffman(1959), insiste sur le fait que toute situation sociale repose sur une coordination fine entre les individus. Dans le champ du soin, cette coordination devient cruciale : le regard du patient, sa posture, ses silences ou ses gestes sont autant d'indices interprétés par les soignants pour ajuster leur intervention. Le soin se joue donc dans un espace intersubjectif, où l'écoute, l'attention et la communication non verbale sont aussi importantes que les actes médicaux eux-mêmes.

Cette perspective entre en tension avec la vision dominante dans le monde médical, qui valorise un savoir universel, standardisé et scientifiquement validé. M. Foucault (1963), analyse comment la médecine moderne a progressivement imposé un modèle de rationalité fondé sur l'observation objective du corps, marginalisant ainsi les savoirs expérientiels. En valorisant une intelligence du soin construite dans l'interaction, l'analyse sociologique conteste cette hiérarchie des savoirs et invite à reconnaître une pluralité de formes de rationalité, dont certaines sont locales, affectives et relationnelles.

Sur ce point, des convergences fortes existent avec les travaux de J. Tronto, (1993). Tronto défend l'idée que le soin repose sur une éthique relationnelle, où comprendre les besoins de l'autre implique une sensibilité à ses mots, son corps, son langage au-delà des prescriptions formelles. Le soin devient alors une pratique politique et morale, enracinée dans la reconnaissance de l'autre et dans l'attention aux vulnérabilités spécifiques. On retrouve ici l'idée d'une intelligence relationnelle, née du contact, de l'écoute et de l'adaptation.

Cependant, certains sociologues, comme P. Bourdieu(1980) soulignent les limites d'une approche exclusivement empirique. Bourdieu (*Op cit*) insiste sur le fait que les dispositions pratiques des agents (comme les soignants) sont le produit d'un habitus social, structuré par les rapports de pouvoir, les trajectoires sociales et les institutions. Ainsi, l'intelligence du soin n'est pas neutre ni purement intuitive : elle est façonnée par des logiques sociales et symboliques, parfois inconscientes. Ce que les soignants considèrent comme de l'expérience peut aussi reproduire des inégalités, des stéréotypes ou des exclusions, notamment linguistiques ou sociales.

En somme, cette discussion met en évidence la nécessité de reconnaître les savoirs infirmiers comme des formes de connaissance à part entière, et non comme

de simples compétences pratiques. Cette reconnaissance passe par une valorisation institutionnelle et académique de ces savoirs situés, comme le proposent A. Strauss et ses collègues(1985). Ils montrent que les professionnels de santé ne sont pas de simples exécutants, mais des acteurs réflexifs qui participent activement à la production du soin. L'analyse sociologique contribue ainsi à revaloriser une rationalité modeste, enracinée dans l'expérience, mais essentielle à la qualité des soins.

## Conclusion

Cette enquête a permis de mettre au jour les logiques d'ajustement infra-institutionnelles déployées par les acteurs infirmiers du CHR de Divo dans des configurations d'asymétrie linguistique structurelle, consécutives à l'illettrisme d'une partie significative de la patientèle. L'analyse fait apparaître des régimes interactionnels fondés sur des formes de communication périphériques, informelles et souvent occultés, mobilisant des figures tierces non instituées (interprètes spontanés, accompagnants familiaux, collègues plurilingues), en tension constante avec les injonctions normatives émanant du dispositif professionnel.

Loin de constituer de simples écarts à la norme, ces pratiques configurent ce que l'on peut qualifier d'intelligence contextuelle située, c'est-à-dire une compétence d'agir incorporée et développée en dehors des circuits de légitimation épistémique. Cette compétence essentiellement pragmatique, empirique et relationnelle s'inscrit dans un univers d'action marqué par une disjonction entre la rationalité gestionnaire des politiques de santé publique et les contraintes pragmatiques de l'exercice professionnel en contexte de pluralité linguistique. Elle cristallise une forme d'expertise tacite que la sociologie des professions, dans le prolongement des travaux d'Hughes, Strauss et Mol, permet d'interpréter comme une ressource de régulation quotidienne des dysfonctionnements communicationnels.

L'enjeu politique et social de cette recherche réside précisément dans la mise en visibilité de ces savoirs minorés, souvent relégués dans les marges épistémiques du champ sanitaire, alors qu'ils conditionnent la performativité effective du soin. En ce sens, l'étude s'inscrit dans une perspective critique de la gouvernementalité sanitaire ou de la rationalité politique du soin, en révélant les angles morts d'une normativité professionnelle qui continue d'ignorer les formes locales de médiation langagière. La proposition de dispositifs compensatoires pictogrammes fonctionnels, modules de formation en langues vernaculaires, intégration de médiateurs interculturels relève dès lors d'une tentative de requalification des pratiques professionnelles non canoniques, en faveur du renforcement de la justice symbolique par la langue dans les interactions de soin.

Ce travail ouvre ainsi un champ réflexif sur les conditions de possibilité d'une institutionnalisation partielle des compétences empiriques acquises par les soignants, conçues non comme des supplétifs aux savoirs experts, mais comme des

configurations cognitives et relationnelles à part entière. Il invite, ce faisant, à une refondation des curricula de formation initiale, par une intégration des enjeux langagiers, cognitifs et symboliques propres aux sociétés à dominante orale, en particulier dans les contextes postcoloniaux.

En dernière instance, cette contribution s'inscrit dans un programme de sociologie critique du soin, soucieuse de restituer aux pratiques langagières et culturelles leur dimension constitutive dans les processus de production de la santé. Elle appelle à une reconceptualisation de l'éthique du care dans des sociétés marquées par une hétérogénéité sémiotique profonde, en posant comme préalable à l'équité en santé la reconnaissance institutionnelle des pluralismes linguistiques et interactionnels constitutifs des mondes soignants contemporains.

## Bibliographie

BOLTANSKI Luc & THEVENOT Laurent, 1991, *De la justification : Les économies de la grandeur*, Gallimard, Paris

BENNER Patricia, 1984, *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Addison-Wesley, Menlo Park, Californie

BOURDIEU Pierre, 1980, *Le sens pratique*, Les Éditions de Minuit, Paris

BOURDIEU Pierre, 1982, *Ce que parler veut dire : L'économie des échanges linguistiques*, Fayard, Paris

DE CERTEAU Michel, 1980, *L'invention du quotidien*, Folio Essais, Paris

DUBAR Claude & TRIPIER Maryse, 2005, *Sociologie des professions*, Armand Colin, Paris

ELIAS Norbert, 1987, *La société des individus*, Calmann-Lévy, Paris

FANON Frantz, 1961, *Les damnés de la terre*, François Maspero, Paris

FOUCAULT Michel, 1963, *Naissance de la clinique : Une archéologie du regard médical*, Presses Universitaires de France (PUF), Paris

GOOD Byron, 1994, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge

GOFFMAN Erving, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. Tome 1 : La présentation de soi*, Les Éditions de Minuit, Paris, (traduction de l'original anglais de 1959)

HARAWAY Donna, 1988, *Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective*, *Feminist Studies*, Volume: 14, Numéro: 3, Pages: 575-599

HOCHSCHILD Arlie, 1983, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press, Berkeley, Californie

HUGHES Everett, 1958, *Men and Their Work*, Glencoe Free Press, New York

KLEINMAN Arthur, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley

KONATE Blahima, 2019, *Une application de la méthode d'analyse en groupe en contexte urbain burkinabé*, *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, SAGE Publications, Londres

LEVI-STRAUSS Claude, 1962, *La pensée sauvage*, Plon, Paris

LIPSKY Michael, 1980, *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russell Sage Foundation, New York

MAUSS Marcel, 1936, *Les techniques du corps*, *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, Alcan, Paris

MERTON Robert, 1949, *Social Theory and Social Structure*, Free Press, Glencoe, Illinois

MOL Annemarie, 2002, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press, Durham.

PENEFF Jean, 1992, *La pratique de l'observation*, Métailié, Paris

SCOTT James, 1985, *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*, Yale University Press, New Haven, Connecticut

SIMON Herbert, 1947, *Administrative Behavior: A Study of Decision-Making Processes in Administrative Organization*, Free Press, Glencoe, Illinois

STRAUSS Anselm & CORBIN Juliet, 1990, *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage Publications, Newbury Park, Californie

STRAUSS Anselm, FAGERHAUGH Sylvia, SUCZEK Barbara, WIENER Carolyn, 1985, *Social Organization of Medical Work*, University of Chicago Press, Chicago

TRONTO Joan, 1993, *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, Routledge, New York