

Langue et relation thérapeutique en milieu diglossique : le cas de la Martinique

Mardi 6 février 2007 par Raphaël CONFIAINT

1. Introduction

La relation thérapeutique, on le sait, passe d'abord et avant tout par le langage : langage oral pour les questions du thérapeute et les réponses du patient ; langage écrit pour l'ordonnance médicale et les notices ou modes d'emploi des médicaments. Dans les pays où est utilisée une seule langue ou du moins où une seule langue est massivement partagée, tels que ceux d'Europe occidentale ou d'Amérique du Nord, le rapport entre acte thérapeutique et langage sont fonction de l'appartenance de classe des patients laquelle appartenance renvoie à une compétence et une performance linguistique différente selon le cas considéré. Il apparaît ainsi qu'un patient issu des classes supérieures sera mieux à même de comprendre les questions du soignant, d'y répondre de manière claire, de discuter parfois avec celui-ci du mal dont il est atteint et surtout de manipuler les objets thérapeutiques que sont l'ordonnance et les notices de médicaments. A l'inverse, le patient issu des classes dites inférieures aura tendance à moins bien verbaliser sa souffrance et à ne pas discuter le diagnostics et les prescriptions du soignant, se soumettant ainsi au pouvoir médical qui n'est jamais qu'un avatar du pouvoir politique ou du pouvoir religieux.

Qu'en est-il des pays où cohabitent deux ou plusieurs langues et, en particulier, ceux qui sont, comme c'est le cas de la Martinique, frappés par le mal diglossique, selon l'expression de Pierre Davy ? On constatera d'emblée que cette expression, « mal diglossique », renvoie d'emblée la situation sociolinguistique de ce pays au pathologique. Ici, nous avons, certes, comme partout ailleurs, « mal à la tête », « mal au ventre » ou « mal au reins », mais nous avons surtout « mal à la langue ». Et parce qu'en français, on se sert du même mot pour désigner tout à la fois l'organe rétractile qui se trouve à l'intérieur de notre bouche et cette chose qui en sort sous forme de son articulés nous permettant d'entrer en communication avec l'Autre, j'utiliserai plutôt l'expression mal à l'idiome. Or, s'il existe des stomatologues, des pneumologues ou des ostéopathes, il n'existe pas d' »idiomologues ». Précisons tout de suite que nous ne confondons pas les thérapeutes des troubles du langage__les orthophonistes, par exemple__ avec ceux que nous appelons les idiomologues. Les premiers s'attèlent, à l'aide de protocoles scientifiquement établis, à identifier et soigner des pathologies clairement identifiées (la confusion, par exemple, entre les phonèmes « b » et « p » au niveau de l'oral ou l'incapacité à tracer correctement les lettres de l'alphabet au niveau de l'écrit), pathologies qui, à chaque patient, nécessite une analyse des symptômes et une prise en charge spécifique. On aura compris que nous n'aurons pas ici l'outrecuidance d'empiéter sur le terrain des orthophonistes, des psychologues et des psychiatres dont le travail est utile et nécessaire et les résultats souvent mesurables. En effet, ce que nous avons appelé le mal diglossique n'est pas à proprement parler un trouble du langage. Ou du moins, s'il l'est, il n'affecte pas tel ou tel individu, mais la collectivité toute entière, quelle que soit l'appartenance sociale, ethnique ou religieuse. Il vient s'ajouter aux troubles individuels du langage. Nous voulons dire par là qu'un bègue ou un dyslexique martiniquais souffre à la fois de bégaiement ou de dylexie, mais aussi du mal à l'idiome. Si bien que se contenter de soigner le mal individuel, ne pas

chercher à savoir quelles interactions le premier mal entretient avec le second, a de quoi laisser perplexe. Autrement dit, le mal diglottique est sans doute un frein à la bonne prise en charge et à la guérison de ceux qui sont atteints de troubles du langage classiques.

2. Le mal diglossique

Mais qu'est-ce que le mal diglossique ? Comment se manifeste-t-il ? Les linguistes, traditionnellement, le considèrent comme une variante de l'insécurité linguistique, concept que W. Labov fut le premier à mettre en œuvre en 1976 lorsqu'il mit en lumière le désir de la petite-bourgeoisie new-yorkaise d'adopter le parler des classes supérieures conçu comme étant la norme de l'anglo-américain. Ce désir, ou plus exactement, ces tentatives entraînaient tout à la fois des énoncés fautifs (dont l'hypercorrection est la marque la plus voyante) et un sentiment de culpabilité très fort chez le locuteur, chose qui l'empêche d'atteindre son idéal linguistique. Plus tard, le concept d'insécurité linguistique a été étendu aux contextes plurilingues et selon P. Cellier (1996 : 131) :

« L'insécurité linguistique peut se produire en situation d'unilinguisme, de bilinguisme (individuel) ou de diglossie (collectif). Elle est toujours caractérisée par un dysfonctionnement de l'acte de parole, analysable à la fois dans l'acte et dans la parole, dont les effets peuvent aller de manifestations légères à des troubles pathologiques sur le plan de la personnalité et à une perte du sens sur le plan de la communication, allant jusqu'à l'absence d'acte et de parole (mutisme).

Cette définition montre bien l'aspect pathologique de la diglossie, que le même auteur qualifie d'ailleurs de « dysglossie ». Ceci nous conduit à faire l'hypothèse que l'insécurité linguistique est tout autre selon qu'on se trouve dans une société monoglotte ou au contraire une société diglotte. Dans le premier cas, un traitement individuel peut se justifier alors que dans le second, il nous semble que le problème doit être traité à un double niveau : d'abord sociétal, ensuite individuel. Précisons d'abord que l'analyse que nous tenterons de proposer ici n'est pas applicable à toutes les situations de diglossie. La diglossie maghrébine, par exemple, qui met face à face l'arabe littéraire et l'arabe dialectal est très différente de la diglossie antillaise qui met face à face le français et le créole. Cela pour diverses raisons dont la plus évidente est qu'au niveau du locuteur maghrébin, il n'a pas du tout le sentiment de parler deux langues différentes, mais bien deux variétés d'une même langue, alors que le locuteur antillais sait quand il parle français et quand il parle créole, et cela même si la matérialité des énoncés linguistiques n'avalise pas, dans bien des cas, l'existence d'une dichotomie aussi tranchée.

La diglossie antillaise est donc particulière pour trois types de raisons :

► raisons historiques : tout au long de notre histoire, nous n'avons cessé de nous écarter de cette langue qui, dès la première moitié du 17^e siècle, a permis à des groupes ethniques très différents__Caraïbes, Français, Européens, puis, plus tard, Indiens, Chinois et Syro-libanais__d'établir un minimum de communication et qui a fini par devenir la langue maternelle de tous, y compris celle des colons européens et de leurs descendants. Le succès de la commercialisation du sucre de canne à partir de 1680-90 va conduire, en effet, le groupe blanc créole à renier le créole ; puis dès la fin du 18^e siècle et surtout au 19^e, ce sera au tour du groupe intermédiaire, métis, celui des Mulâtres, d'en faire de même avant qu'au 20^e, Noirs, Indiens et autres ne leur emboîtent le pas. Le créole a donc été très peu de temps après sa naissance une langue rejetée, reniée, cela pendant plus de trois siècles.

► Raisons sociologiques : la division de la société martiniquaise en castes socio-ethniques à compter du tristement fameux « Code Noir » de 1685 va conduire la caste dominante à rejeter le créole dans la « nègrerie », dans la caste inférieure, niant du même coup sa contribution à l'édification de l'idiome en question. Le créole deviendra ainsi « le jargon des Nègres » ou « le patois des Noirs » alors même que les premiers colons du 17^e siècle, la plupart paysans analphabètes venus de Normandie, de Vendée ou du Poitou, ne parlaient pas le français (lequel n'existait pas encore d'ailleurs) et furent incapables d'imposer leurs dialectes d'oïl à leurs esclaves africains, contrairement à leurs alter ego portugais ou espagnols qui, eux, disposaient déjà d'une langue unifiée et standardisée. Rappelons que la toute première grammaire espagnole, celle de Nebrija, date de 1493. Le rejet du créole, au plan sociologique, a donc partie liée avec le rejet du Nègre et la créolophobie n'est, tout compte fait, qu'une variante de la négrophobie.

► Raisons linguistiques : le créole sera accusé, en outre, de ne pas être une vraie langue, mais bien un patois, une sous-langue, un outil dépourvu de grammaire et d'écriture selon des expressions couramment utilisées ici, et donc incapable de satisfaire aux exigences intellectuelles d'une société digne de ce nom (traduisez « civilisée »). On dira, par exemple, « le créole n'a pas de vocabulaire » ou « le créole ne peut pas s'écrire ». Nous ne nous appesantirons pas sur ces jugements pseudo-linguistiques ni ne chercherons à en démontrer la fausseté. Ce qui nous intéresse ici, c'est qu'on les tienne, qu'on les a toujours tenus, et qu'on continue à les tenir pour vrai en dépit des tonnes d'articles et d'ouvrages de créolistique publiés depuis un demi-siècle. Linguistiquement parlant donc, dans la conscience profonde du locuteur antillais, le créole, qu'il utilise pourtant quotidiennement, est un parler infirme. Ainsi Aimé Césaire (1978 : 11), chantre de la Négritude, pourra-t-il déclarer :

« J'ai parlé du retard culturel martiniquais. Précisément, un aspect de ce retard culturel, c'est le niveau de la langue, de la créolité, si vous voulez, qui est extrêmement bas, qui est resté...(...)...au stade de l'immédiateté, incapable de s'élever, d'exprimer des idées abstraites. »

Le mal diglossique se situe donc à la jonction de ces trois types d'argumentations, historiques, sociologiques et linguistiques, à leur imbrication dans la conscience collective martiniquaise pour produire ce que nous appellerons le désamour de la langue. Tous les peuples aiment leur langue, d'une manière ou d'une autre, aucun peuple n'accepte aisément d'être privé de sa langue ou de la voir disparaître, sauf les peuples créoles. Il n'y a là aucune exagération : s'ils pouvaient, d'un coup de baguette magique, s'en débarrasser au profit du français ou de l'anglais, ils n'hésiteraient pas une seule seconde. On aura compris que l'autre pôle de la diglossie bénéficiera, à l'inverse, d'une valorisation extrême pour des raisons là encore historiques, sociologiques et linguistiques. Historiquement, parce que le français est la langue du pouvoir (colonial), sociologiquement parce qu'il est celle qui permet d'accéder aux couches supérieures et linguistiquement parce qu'il dispose d'un corpus écrit et d'une littérature multi-séculaires. Ce qui signifie qu'aucun usage de ces deux langues n'est neutre, n'est normal, n'est naturel : quand je parle créole, je suis, au plus profond de moi, convaincu de son infériorité native ; quand je parle français, je suis quelque part écrasé par l'omnipotence de cette langue dont je sais pertinemment qu'elle n'était pas mienne au départ.

Le mal diglossique antillais, pour résumer, consiste donc à n'être bien dans aucune langue. Ce mal ne concerne pas seulement le créole, il a à voir aussi avec le français et l'usage qu'en fait le Martiniquais. Nous sommes, en effet, placés dans la situation pour le moins aberrante de n'aimer aucune de nos deux langues : ni celle de nos mères esclaves, ni celle de nos pères

esclavagistes. Nul étonnement donc à ce que des enquêtes réalisées en milieu scolaire en 1995 montrent qu'à la question « Quelle langue aimez-vous le plus ? », une majorité d'élèves ait répondu sans sourciller l'espagnol, ensuite l'anglais, langues pourtant peu présentes dans leur quotidien. Nul étonnement non plus à ce qu'on trouve des gens du peuple, parfois semi-analphabètes, capables d'apprendre par cœur sans faute des chansons en espagnol, plus rarement en anglais, et de les chanter à longueur de journée, cela sans en comprendre un traître mot. Une employée de maison de mes parents, à la fin des années 50, devant laquelle je m'étonnais de son aptitude à cet exercice, me fit comme réponse, en créole évidemment :

« Panyol sé an lang ki bel ! Man enmen'y anpil. »

3. Mal diglossique et relation thérapeutique

Ceci nous ramène à notre questionnement de départ à savoir l'usage des langues dans la relation thérapeutique en Martinique dans le cadre de ce mal diglossique diagnostiqué plus haut. Nous avons déjà signalé que le pouvoir médical est un avatar du pouvoir soit religieux soit politique. Le médecin est, avec le policier, la seule personne qui soit légalement autorisée à nous demander de nous déshabiller complètement, par exemple, pouvoir exorbitant quand on y réfléchit. Il dispose donc à sa guise de ce que nous avons de plus nôtre à savoir notre corps : il le touche, il le palpe, il le masse, il l'ausculte. Et nous, patient, nous n'avons rien à faire d'autre que d'attendre son verdict et d'obéir à ses prescriptions. S'il y a un savoir sacralisé, c'est bien celui de la médecine, surtout en pays français et francophone, où le titre de « docteur », contrairement à la plupart des pays du monde, est réservé aux seuls médecins et depuis très peu de temps aux pharmaciens et aux dentistes. En pays diglotte, le médecin emploie la langue officielle, prestigieuse, celle qui manifeste son savoir, c'est-à-dire, dans le cas de la Martinique, le français, cela qu'il soit un médecin autochtone ou non autochtone (on verra plus avant que ce distinguo n'est pas sans conséquence). Ce médecin, très souvent, interroge un malade qui est non seulement en situation d'insécurité linguistique, mais aussi en état d'insécurité culturelle :

► insécurité linguistique d'abord parce que le patient martiniquais moyen, en présence d'un interlocuteur placé plus haut que lui sur l'échelle sociolinguistique__un locuteur en position « surordonnée selon l'expression de J. Bernabé (1975__a naturellement tendance à vouloir calquer son parler sur celui de l'interlocuteur en question, chose qui aboutit souvent à des énoncés soit fautifs, soit grandiloquents, voire aberrants. La position du médecin dans la hiérarchie sociale et le jargon spécialisé qu'il utilise renforce encore davantage cette espèce de mini-drame communicationnel. En réalité, le patient répond le plus laconiquement possible, par « oui » ou par « non », incapable d'explicitier son mal, quand il ne demeure pas tout bonnement muet, ce qui exige la présence d'un parent qui fait office de traducteur, parent tout aussi insécuré linguistiquement d'ailleurs mais plus culotté. On pourrait penser alors qu'il suffirait d'utiliser le créole pour que tout cela s'efface et qu'une communication correcte soit établie entre thérapeute et patient. C'est sans compter sur les effets de la diglossie et sur la place inférieure du créole à l'intérieur de celle-ci. Etant une langue de non-pouvoir, le créole est perçu comme une langue de non-savoir, du moins dans le champ de la science occidentale, de la bio-médecine si vous préférez. Le fait donc pour le thérapeute d'utiliser le créole avec son patient peut renvoyer à deux choses, toutes deux négatives : ou bien le thérapeute fait preuve de condescendance envers son patient et le méprise ; ou bien le thérapeute est un « doktè mal-zorey » comme on dit en créole, c'est-à-dire un mauvais médecin. Que ce soit donc en français ou en créole, il y a donc blocage partiel de la communication dans la relation thérapeutique en Martinique, comme me l'ont confirmé nombre de médecins autochtones. En

effet, il convient là de revenir à la théorie de J. Bernabé sur les différents positionnements sociolinguistiques au sein de notre société et de se référer à sa notion de « position extra-ordonnée » pour comprendre pourquoi le médecin non autochtone, non créole, le plus souvent Hexagonal, mais parfois africain ou maghrébin, peut parfaitement utiliser le créole avec le patient martiniquais sans que ce dernier ne se sente dévalorisé ou qu'il doute de la compétence scientifique du médecin. Métropolitains, Africains ou Maghrébins, sont en effet, en position extra-ordonnée c'est-à-dire qu'ils sont extérieurs à la hiérarchie linguistique coloniale tri-séculaire de notre pays, et qu'on les crédite du même coup d'une sorte de neutralité par rapport à cette même hiérarchie. Le fait pour eux d'apprendre le créole et de l'utiliser est même perçu de manière positive par le Martiniquais moyen lequel se sent soudainement valorisé puisque l'Autre a fait l'effort d'apprendre sa langue, ce qui soit dit en passant, est en contradiction totale avec le désamour du Martiniquais pour cette langue qu'il considère comme une sous-langue. Contradiction qui révèle en dernière instance que ce désamour est, en réalité, une relation d'amour-haine.

► insécurité culturelle ensuite parce que le praticien à l'occidental n'exerce pas sur un terrain vide, vierge de toute pratique thérapeutique, même s'il affecte de l'ignorer. La pharmacopée créole fondée sur une connaissance des vertus curatives des plantes locales renvoie à ces deux siècles et demi pendant lesquels l'esclave était soigné dans les infirmeries des plantations, parfois par un chirurgien, comme on disait à l'époque, d'origine européenne, mais le plus souvent par un autre esclave dénommé « docteur-feuilles », « guérisseur » et dans certains cas, quimboiseur. Quoique ce savoir ait commencé à se fragiliser à partir du milieu du 20^e siècle, il demeure encore largement en usage, surtout de manière préventive comme en témoigne les purges terribles infligées aux enfants vers l'âge de 10-12 ans pour les « purger de leurs vers ». Si donc aujourd'hui, tout le monde peut consulter un disciple d'Hippocrate en Martinique, il faut savoir qu'en cas d'échec ou de résultats trop longs à se concrétiser des soins prescrits par celui-ci, le patient n'hésite pas à recourir à la médecine créole. Cette contestation objective du pouvoir médical est, toutefois, le plus souvent tenue secrète afin de ne pas le défier trop ouvertement. Au niveau linguistique qui nous intéresse, cela commence d'abord par l'incapacité pour le malade créolophone d'expliquer certaines affections inconnues de la nomenclature médicale occidentale. La « blesse » en est la plus fréquente et se caractérise, selon la description qu'en donne E. Vilayleck, par « des douleurs au niveau du thorax, du dos. Cette maladie est causée par un traumatisme : chute, coup, effort violent... Cette maladie ne peut être vue et soignée que par certaines personnes spécialisées, les médecins ne savent pas la diagnostiquer. » Cela signifie qu'il existe donc des maladies que l'on pourrait qualifier de « culturelles » c'est-à-dire qui sont le fruit d'un imaginaire et d'un mode de vie particuliers. Elles ne concernent pas seulement le domaine psychique, comme on pourrait le croire, mais également le domaine physique. Celui qui a une « blesse », ou encore un « forçement de reins », « un kali » ou une « lulette tombée », affections créoles bien connues, souffre vraiment, au point dans le cas du « forçement de reins » de ne plus pouvoir soulever, ne serait-ce qu'une fourchette. Comme l'explique J. Benoist (1993 : 22), médecin et anthropologue est-il besoin de le rappeler :

« Les signes, disparates, que perçoit le malade sont organisés par la connaissance qu'il a des principaux tableaux des maladies qui le menacent. Et les signes qu'il décèle en lui, même s'ils sont fort discrets, évoquent pour lui tout un ensemble de symptômes, de causes et de diagnostics, de ce qu'on a pu appeler des « maladies prêtes à porter »... Chaque société construit ainsi, en s'appuyant sur des expériences et des observations qu'elle regroupe en un « discours » sur le mal, un certain nombre de syndromes qui lui sont propres ou donne des formes d'expression particulières à des maladies communes. »

Comment donc, face à un médecin francophone, un patient créolophone qui, le plus souvent, croit déjà savoir de quoi il est atteint, peut-il expliquer son mal ? Il dira « J'ai un mal-reins », partira avec une ordonnance et continuera à souffrir jusqu'à ce qu'il aille consulter un guérisseur. Et s'il s'avise de l'expliquer en créole à son soignant, même antillais et surtout antillais, il se verra sourire au nez. Le médecin, en terre créole, comme le prêtre ou l'instituteur, se croit toujours en terre de mission, en dehors bien sûr de la conurbation Fort-de-France-Schoelcher-Lamentin. Mais quid, se demandera-t-on du patient martiniquais francophone ? Echappe-t-il à l'emprise culturelle créole à ce niveau ? Rien n'est moins sûr. Certes, un professeur, un avocat ou un architecte de Fort-de-France n'ira jamais consulter pour se plaindre d'une « blesse » ou d'un « forçement de reins », mais l'intense pratique d'auto-médication que l'on trouve dans les milieux cultivés martiniquais, est, à notre sens, l'indice d'une défiance sourde, non-avouée, envers le pouvoir médical qui, au niveau inconscient, est quelque part vécu comme extérieur à soi, sinon étranger. Et comme son compatriote créolophone, il n'échappe pas à cette donnée culturelle majeure qu'est le quimbois. Nous avons enquêté auprès du plus célèbre et plus réputé quimboiseur martiniquais, qui vit à Morne-des-Esses, au centre de l'île, et nous avons constaté, au seul examen des véhicules se trouvant garés dans son parking et des vêtements et de la manière de parler des gens assis dans sa salle d'attente qu'ils étaient fort loin d'être des agriculteurs, des marin-pêcheurs ou des servantes. Il est vrai qu'il était 3h 30 du matin et qu'à cette heure-là, tous les chats sont gris.

4. CONCLUSION

En conclusion, nous dirons que la relation thérapeutique en milieu créole est problématique, d'autant plus problématique, s'agissant du patient, selon qu'on se situe en bas ou en haut de l'échelle sociolinguistique, ou qu'on soit, s'agissant du soignant, autochtone ou étranger. Le conflit des langues que manifeste la diglossie, le mal diglossique, s'il ne figure pas dans la nomenclature médicale occidentale, est pourtant bel et bien là. La domination du français par le créole pose problème au Martiniquais, même si beaucoup refusent de l'admettre, et le seul fait que la quasi-totalité des personnes atteints de troubles mentaux ne délirent qu'en créole, quelle soit leur appartenance de classe ou de race, en est le signe le plus patent.

Bibliographie

- ▶ BERNABE (Jean), 1975, Fondal-Natal, grammaire basilectale approchée des créole guadeloupéen et martiniquais, 3 tomes, L'Harmattan.
- ▶ CELLIER (Pierre), 1996, Insécurité linguistique et éthique éducative : réflexion générale, in « Français régionaux et insécurité linguistique, Claudine Bavoux (éd.), L'Harmattan/Université de la Réunion, pp. 131-133.
- ▶ CESAIRE (Aimé), 1978, « Entretien avec Jacqueline Leiner », in Tropiques, Jean-Michel Place, pp. 5-24.
- ▶ VILAYLECK (Elisabeth), 1999, Les mots du corps dans la tradition martiniquaise, L'Harmattan.