



Mémoires

Revue Scientifique des Lettres,
des Langues, des Arts
et de la Communication



**MÉMOIRES, Revue scientifique des Lettres, des Langues,
des Arts et de la Communication**

ISSN-L : 3104-9370

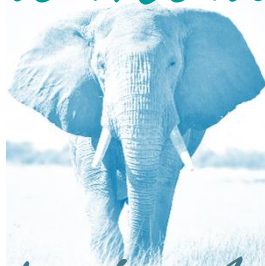
E-ISSN : 3104-9389

<https://memoiresrellac.ci/>

relac24.upgc@gmail.com

Université Peleforo GON COULIBALY (Korhogo – Côte d'Ivoire)

Revue Mémoires



Périodicité : Annuelle

Numéro 001, Volume 1 – Décembre 2025

Coordinateurs - Coordonnateurs

ESSE Kotchi Katin Habib & TOURE Kignilman Laurent

Revue Mémoires, ISSN-L : 3104-9370 E-ISSN : 3104-9389
*relac24.upgc@gmail.com * <https://memoiresrellac.ci/>*

ADMINISTRATION ET NORMES ÉDITORIALES

Directeur de publication (Directeur de la revue)

Professeur IRIÉ Bi Gohy Mathias, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Directeur adjoint

Dr ESSÉ Kotchi Katin Habib, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Directeurs financiers

Dr KOUAMÉ Konan Richard, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Dre KOUAKOU Brigitte C. Bosson, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef

Dr TOURÉ Kignilman Laurent, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Rédacteur en chef Adjoint

Dr KOUAKOU Brou Médard, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Secrétaires administratifs

Dr ETTIEN Kangah Emmanuel, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Dr YEO Ahmed Ouloto, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Dr KOUAKOU Konan Arnaud J., Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Chargé de Communication et marketing

Dr TOURÉ Bassamanan, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Dre KOFFI Anvilé Marie Noëlle, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Dr OUATTARA Alama, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

Dr KOUAME Yao Gilles, Université Peleforo Gon Coulibaly

Représentants extérieurs

Dr (MC) CHAMSOUDINE Zataou Djibo, Université Abdou Moumouni (Niger)

Dr (MC) THIAM Khadim Rassoul, Université Gaston Berger de Saint Louis (Sénégal)

Dre (MC) GOUDET Laura, Université de Rouen (Normandie - France)

Dr COULIBALY Moussa, Université Assane Seck de Ziguinchor (Sénégal)

Dr AIFOUR Mohamed Cherif, Université de Oum El Bouaghi (Algérie)

Dr DEDO Hermand Abel, Université Félix Houphouet-Boigny (Côte d'Ivoire)

Dr SILUE Gomongo Nagarwélé, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr KONÉ Yacouba, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr KOUAKOU K. Samuel, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)

Dr OUINGNON Hodé Hyacinthe, Université Abomey-Calavi (Benin)

Dr SÉRÉ Abdoulaye, École Normale Supérieure (Koudougou – Burkina Faso)

Dre MONSIA Audrey, Université Virtuelle de Côte d'Ivoire (Côte d'Ivoire)

Dr GBOGBOU Abraham, École Normale Supérieure – Abidjan (Côte d'Ivoire)

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Professeur IRIÉ Bi Gohy Mathias, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
Professeur PAPÉ Adoux Marc, Université de Pennsylvanie (USA)
Professeur NGAMOUNSIKA Edouard, Université Marien N'Gouabi (Rép. de Congo)
Professeur NDONGO Ibara Yvon-Pierre, Université Marien N'Gouabi (RD Congo)
Professeur KOUABENAN-KOSSONOU François, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
Professeur N'GUESSAN Assoa Pascal, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
Professeur OUEDRAOGO Youssouf, Université Joseph Ki-Zerbo (Burkina Faso)
Professeur TOUSSOU Okri Pascal, Université Abomey-Calavi (Benin)
Professeur OUATTARA Vincent, Université Nibert Zongo (Burkina Faso)
Professeur KOFFI Loukou Fulbert, Université Alassane Ouattara (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) BONY Yao Charles, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) BEUGRÉ Z. Stéphane, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) CHAMSOUDINE Zataou Djibo, Université Abdou Moumouni (Niger)
Dr (MC) COULIBALY Lassina, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) COULIBALY Nanourgo, Université Félix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) DJOKOURI Innocent, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) FANNY Losseni, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) FANNY Yacouba, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dre (MC) GOUDET Laura, Université de Rouen (Normandie)
Dr (MC) KOUASSI K. Jean-Michel, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) KOUASSI Konan Stanislas, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) PENAN Yehan Landry, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) SAMBOU Alphonse, Université Assane Seck de Ziguinchor (Sénégal)
Dr (MC) SANOGO Drissa, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) SILUE Gnénébélougo, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr (MC) THIAM Khadim Rassoul, Université Gaston Berger de Saint Louis (Sénégal)

COMITÉ DE REDACTION

Dr ESSÉ Kotchi Katin Habib, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr TOURÉ Kignilman Laurent, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr KOUAKOU Brou Médard, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr ETTIEN K. Emmanuel, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dr KOUAMÉ Konan Richard, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)
Dre KOUAKOU Brigitte C. Bosson, Université Peleforo Gon Coulibaly (Côte d'Ivoire)

LIGNE ÉDITORIALE



Faculté de conserver et de rappeler des états de conscience passés et ce qui s'y trouve associé... La Revue *Mémoires* (au pluriel) se pose comme un conservatoire des travaux inédits qui contribuent à enrichir les débats contemporains et à créer des pistes de développement. L'éléphant symbolise la force, la sagesse dans les pas, la résilience dans l'environnement universitaire et l'ambition de la revue.

MÉMOIRES est une revue de parution annuelle de l'Université Peleforo Gon Coulibaly. Elle garantit la publication des contributions originales dans les domaines des sciences humaines et sociales notamment des Lettres, des Langues, des Arts et de la Communication. En vertu du Code d'Éthique et de Déontologie du [CAMES](#), toute contribution engage son auteur, même des années après la publication de son article. La revue MÉMOIRES a pour vocation de promouvoir la recherche fondamentale et appliquée, en encourageant les approches transversales et innovantes. Elle s'adresse aux chercheurs, enseignants-chercheurs et professionnels désireux de partager leurs travaux dans un cadre rigoureux et exigeant. Les contributions peuvent relever de diverses méthodologies (théoriques, empiriques, comparatives, etc.), à condition qu'elles s'inscrivent dans une démarche scientifique claire et contribuent à l'avancement des connaissances.

La Rédaction

CONSIGNES AUX AUTEURS

Le nombre de pages minimum : 10 pages, **maximum** : 18 pages

Marge : haut et bas : 2 cm, droite et gauche : 2 cm.

Numérotation numérique : chiffres arabes, en bas et à droite de la page

Police : Arial narrow, Taille : 12

Interligne : 1,15

Orientation : Portrait

MODALITES DE SOUMISSION

Tout manuscrit envoyé à la revue Mémoires doit être inédit, c'est-à-dire n'ayant jamais été publié auparavant dans une autre revue. Les manuscrits doivent impérativement satisfaire les indications ci-dessous et envoyés au directeur de publication à l'adresse suivante : relac24.upgc@gmail.com

Titre : La première page doit comporter le titre de l'article (taille 16, gras, couleur **bleu-vert foncé**), les Noms et Prénoms des auteurs, leur institution d'affiliation et leur adresse complète.

Résumé : Le résumé ne doit pas dépasser 150 mots. Il doit être succinct et faire ressortir l'essentiel. Taille 10, interligne 1,0

Mots-clés : Ils ne doivent pas dépasser cinq.

Introduction : Elle doit fournir suffisamment d'informations de base, situer le contexte de l'étude. Elle doit permettre au lecteur de juger la valeur qualitative de l'étude et évaluer les résultats acquis.

Corps du sujet : Les différentes parties du corps du sujet doivent apparaître dans un ordre logique. (Ex : **1.** ; **1.1.** ; **1.1.1.** ; **2.** ; **2.1.** ; **2.1.1.** ; etc.). L'introduction et la conclusion ne sont pas numérotées.

Notes de bas de page : Elles ne renvoient pas aux références bibliographiques, mais aux informations complémentaires.

Citation : Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les normes APA 7

Conclusion : Elle ne doit pas être une reprise du résumé et de la discussion. Elle doit être un rappel des principaux résultats obtenus et des conséquences les plus importantes que l'on peut en déduire.

Références bibliographiques : Les auteurs convoqués pour la rédaction seront mentionnés dans le texte selon les normes APA 7.

Journal : Appliquer les normes APA 7.

Livres : Appliquer les normes APA 7.

Proceedings : Noms et prénoms des auteurs, année de publication, titre complet de l'article et des proceedings, année et lieu du congrès ou symposium, maison et lieu de publication, les numéros de la première et dernière page.

SOMMAIRE

TRAORÉ Sogotiénin Ramata, <i>Université Peleforo Gon Coulibaly</i>	Le mode de dramatisation de la philosophie de la transculturalité dans <i>Nous étions assis sur le rivage du monde...</i> de José Pliya	1-17
BOMBOH Maxime Bomboh, <i>École Supérieure de Théâtre, Cinéma et l'Audio-Visuel, INSAAC</i>	L'esthétiques conjecturelle dans le théâtre de Jean Genet	18-24
AGOBE Ablakpa Jacob, <i>Université Félix Houphouët-Boigny</i>		
KOUAME Clément Kouadio, <i>Université Félix Houphouët-Boigny</i>	Français, illettrisme et parole des insuffisants rénaux : défis sociolinguistiques de la recherche qualitative en Côte d'Ivoire	29-46
KOFFI Koffi Gnamien Jean-Claude, <i>Université Félix Houphouët-Boigny</i>		
SENY Ehouman Dibié Besmez, <i>INSAAC</i>		
KOUADIO Mafiani N'Da, <i>Université Félix Houphouët-Boigny</i>	Symbolisation et vulgarisation de la fête des ignames chez les Agni sanwi	47-59
TOUMAN Kouadio Hyppolite, <i>Université Alassane Ouattara</i>		
YAO Kobenan sylvain, <i>Université Alassane Ouattara</i>	Des distorsions syntaxiques comme marqueurs de focalisation grammaticale dans <i>Allah n'est pas obligé</i>, <i>La vie et demie</i> et de <i>La bible et le fusil</i>	60-74
MONSIA épouse Sahouan Gouelou Sandrine Audrey Flora, <i>Université Virtuelle de Côte d'Ivoire (UVCI)</i>	Révolution scripturale, contribution littéraire et sociale : cas des Romancières postcoloniales.	75-92
DOUMBIA Bangali, <i>Université Félix Houphouët-Boigny</i>	De la mise en scène du factuel à l'engagement dans <i>Monoko-zohi</i> de Diégou Bailly	93-104
N'GONIAN Kouassi Anicet <i>Université Peleforo Gon Coulibaly</i>	L'écriture érotique au féminin de Paul Verlaine à partir de la section « Les amies » du recueil <i>Parallèlement</i>	105-121
KOUADIO Fortina Junior Ely <i>Université Alassane Ouattara</i>	Les Châtiments de Victor Hugo : un creuset de l'humanisme	122-136
LOGBO Azo Assiène Samuel <i>Université Alassane Ouattara</i>	Une convergence des écoles d'écocritique à la bio(éco)thémie ivoirienne	137-154
LANÉ BI Vanié Serge <i>Université Alassane Ouattara</i>		
KACOU BI Tozan Franck Sylver <i>Université Alassane Ouattara</i>	De la pérennisation de la culture a la patrimonialisation du livre : une étude comparative entre « fiñ », le conte gouro et la bibliothèque	155-169

KOUAMÉ N'Guessan Ange Corneille <i>Université Alassane Ouattara</i>	<i>Emploi des gallicismes chez Kourouma. Du culte de la langue française à son extension par phagocytose des langues et cultures locales africaines</i>	170-182
DADIÉ Bessou Jérémie <i>Université Alassane Ouattara</i>	<i>La morphologie phrastique atypique dans le discours : une quête énonciative comme tendance littéraire nouvelle chez Éric Bohème</i>	183-195
TANOH N'Da Tahia Henriette <i>Université Alassane Ouattara</i>	<i>La pluralité grammaticale de la conjonction de coordination « et » : une subjectivité énonciative et esthétique acquise</i>	192-210

Mémoires

N°1, Vol. 1



Mémoires | n°1, décembre 2025

Revue Mémoires, Université Peleforo Gon Coulibaly, Côte d'Ivoire

Revue *Mémoires*, ISSN-L : 3104-9370 E-ISSN : 3104-9389

relac24.upgc@gmail.com * <https://memoiresrellac.ci/>

Français, illettrisme et parole des insuffisants rénaux : défis sociolinguistiques de la recherche qualitative en Côte d'Ivoire

AGOBÉ Ablakpa Jacob

Université Félix Houphouët-Boigny

agobe.jacob42@ufhb.edu.ci

<https://orcid.org/0009-0004-8636-9753>

KOUAME Clément Kouadio

Université Félix Houphouët-Boigny

kouameclementkouadio@gmail.com

KOFFI Koffi Gnamien Jean-Claude

Université Félix Houphouët-Boigny

nanankofie@yahoo.fr

Reçu: 10/11/2025,

Accepté: 10/12/2025,

Publié: 31/12/2025

Résumé

Dans le contexte plurilingue ivoirien, cette étude examine les enjeux sociolinguistiques liés à l'usage du français dans la collecte de données qualitatives auprès de malades chroniques insuffisants rénaux illettrés. Elle analyse comment le français, langue du pouvoir symbolique, fonctionne comme filtre d'accès à la parole, générant asymétries discursives et autocensure. Fondée sur une méthodologie qualitative reposant sur des entretiens semi-directifs en milieu hospitalier et domestique, l'étude met en évidence une parole entravée, un récit de soi fragmenté et un recours stratégique aux langues locales. Les résultats montrent que l'usage du français, langue du pouvoir institutionnel, instaure des rapports hiérarchiques qui entravent la parole des malades chroniques faiblement scolarisés en Côte d'Ivoire, fragmentant leur récit de soi et générant une parole empêchée. En revanche, le recours stratégique aux langues locales et l'attention portée au cadre d'enquête rétablissent la confiance, permettent une expression précise des expériences et ouvrent la voie à une recherche qualitative plus juste, socialement et épistémologiquement.

Mots clés : Français, illettrisme, parole, défis sociolinguistiques, malades chroniques

Abstract

Within the plurilingual landscape of Côte d'Ivoire, this study interrogates the sociolinguistic stakes attendant upon the deployment of French in the elicitation of qualitative data from chronically ill, illiterate renal patients. It scrutinises how French, as a language imbued with symbolic authority, operates as a gatekeeping mechanism, engendering discursive asymmetries and self-censorship. Anchored in a qualitative methodology predicated upon semi-structured interviews conducted in both hospital and domestic milieus, the study foregrounds impeded speech, fragmented self-narratives, and a strategic recourse to indigenous vernaculars. The findings elucidate that the institutionalised dominance of French engenders hierarchical relations that constrain the expressive capacities of minimally schooled patients, thereby fragmenting their self-representation and producing obstructed speech. Conversely, the deliberate incorporation of local languages and the careful modulation of the interview context restore interlocutor confidence, facilitate precise articulation of experiential realities, and pave the way for a qualitatively robust inquiry that is socially equitable and epistemologically rigorous.

Keywords: French, illiteracy, speech, sociolinguistic challenges, chronic illness, qualitative research

Introduction

L'observation immersive conduite auprès de malades chroniques illettrés en Côte d'Ivoire met en lumière des constats empiriques récurrents et révélateurs des dynamiques sociolinguistiques à l'œuvre dans les interactions de recherche. D'une part, l'usage systématique du français comme langue de collecte instaure un climat de retenue et suscite des mécanismes d'autocensure. D'autre part, la maîtrise limitée de cette langue par les enquêtés engendre des blocages discursifs et un appauvrissement expressif dans les récits. Nombre de patients éprouvent de grandes difficultés à articuler leur expérience de la maladie dans un idiome qu'ils associent à l'institution scolaire, au pouvoir et à l'exclusion sociale. Cette tension se répercute directement sur la qualité des données recueillies, altérant la profondeur des narrations et entravant l'accès aux subjectivités.

Un paradoxe central émerge de cette situation : alors que la méthode qualitative ambitionne d'accéder à la subjectivité des acteurs, elle s'appuie ici sur un médium linguistique qui produit l'effet contraire. Le français, censé faciliter la compréhension et la communication, se transforme en instrument d'exclusion symbolique. La parole du malade, au lieu d'être libérée, est contrainte, déformée, voire réduite à l'inaudible dans les corpus. Cette contradiction illustre la tension entre les visées compréhensives des sciences sociales et les outils qu'elles mobilisent dans des contextes de hiérarchies linguistiques structurelles.

À partir de ce constat, la problématique centrale se formule ainsi : dans quelle mesure l'usage du français dans les enquêtes qualitatives conditionne-t-il l'accès à la parole des malades chroniques illettrés en Côte d'Ivoire, et quelles stratégies sociolinguistiques permettent de rééquilibrer ce rapport d'enquête ? Cette interrogation met en lumière le rôle du langage comme révélateur des inégalités sociales et des rapports de domination symbolique dans la production des savoirs en santé.

Cette étude, situé au croisement de la sociologie du langage, de la santé et de l'épistémologie qualitative, appelle à repenser la production des données en contexte multilingue en valorisant la légitimité des savoirs locaux. Elle met également en évidence l'enjeu social de l'inclusion des voix marginalisées dans les politiques de santé et l'adaptation des dispositifs méthodologiques aux réalités linguistiques des populations vulnérables.

Plusieurs travaux éclairent cette problématique. P. Bourdieu (1982, p. 17-18), montre comment la maîtrise du capital linguistique structure l'accès à la légitimité sociale. G. C. Spivak (1988, p. 271-313), interroge la capacité des subalternes à produire un discours audible dans les systèmes dominants. En Afrique, H. Mialet (2005, p. 45-62), souligne les enjeux de l'hégémonie linguistique postcoloniale. Enfin, C. N'Guessan (2017, p.102-118), analyse les obstacles linguistiques dans la relation

soignant-soigné. Ces auteurs permettent d'ancrer théoriquement la réflexion sur le langage comme vecteur d'exclusion ou d'émancipation.

La littérature souligne que le langage n'est jamais neutre et structure les rapports sociaux en produisant des inégalités. En Côte d'Ivoire, le français sert à la fois de moyen de communication et de filtre d'exclusion symbolique. La recherche qualitative en contexte plurilingue requiert donc une reconfiguration méthodologique valorisant l'écoute, la traduction sociale et la légitimité des langues locales, plaçant la langue au cœur des enjeux éthiques et épistémologiques.

1. Ancrage théorique et méthodologique

Dans le cadre d'une sociologie critique du langage et de la santé, cette étude interroge les implications sociolinguistiques de l'usage du français dans la collecte de données qualitatives auprès des malades chroniques illettrés en Côte d'Ivoire. L'analyse de l'accès à la parole dans ce contexte s'appuie principalement sur la théorie du capital linguistique de P. Bourdieu, développée dans *Ce que parler veut dire* (1982, p.17-18), selon laquelle la maîtrise du langage légitime constitue un vecteur de pouvoir symbolique. Le français, langue officielle mais historiquement imposée, devient ici un filtre d'audibilité, excluant les malades illettrés de la sphère de reconnaissance sociale. L'institution hospitalière renforce cette logique de hiérarchisation langagière, transformant la compétence linguistique en critère implicite d'accès à la parole légitime.

Cette réflexion est approfondie à travers la théorie postcoloniale de G. C. Spivak (1988, p. 271-313), qui questionne la capacité des groupes subalternes à produire un discours entendu dans les structures de pouvoir postcolonial. Dans le cas des patients illettrés en contexte hospitalier ivoirien, cette thèse met en évidence une double marginalisation : celle de la condition sociale et celle de l'expression. Néanmoins, Spivak tend à postuler une impossibilité totale de parole subalterne, là où, en pratique, émergent des formes d'énonciation hybride et résistante, notamment par le recours aux langues locales ou par des stratégies d'évitement discursif.

Ces perspectives sont enrichies par d'autres contributions majeures : Hélène Mialet (2005, p. 45-62) qui analyse les enjeux de l'hégémonie linguistique postcoloniale et la domination symbolique des langues européennes en Afrique ; C. N'Guessan (2017, p.102-118), qui met en évidence les obstacles linguistiques dans la relation soignant-soigné ; D. Cameron (1995, p. 3-25), qui explore les normes linguistiques comme instrument de contrôle social ; A. Pavlenko (2014, p.89-112), qui examine les implications cognitives et identitaires des pratiques linguistiques dans les contextes plurilingues ; et enfin, J-C. Eckert et M. Heller (2003, p.56-78), qui insistent sur le rôle des interactions langagières dans la reproduction des inégalités sociales et symboliques. Ces travaux permettent de consolider l'argument selon lequel le

langage n'est jamais neutre et constitue à la fois un vecteur d'exclusion et un outil potentiel d'émancipation.

Ainsi, bien que les apports de Bourdieu et Spivak soient fondamentaux, ils présentent certaines limites dans leur transposition directe au contexte ivoirien. Bourdieu, en conceptualisant l'espace linguistique selon le modèle d'une langue unique et hiérarchique, ne rend pas compte de la complexité des écologies langagières africaines où coexistent plusieurs idiomes aux fonctions sociales différenciées. Spivak, pour sa part, ne prend pas suffisamment en considération les dynamiques de contournement ou d'adaptation pragmatique des subalternes. Les analyses complémentaires de Mialet, N'Guessan, Cameron, Pavlenko et Eckert & Heller permettent d'intégrer ces dimensions et appellent à une lecture située du terrain, attentive aux pratiques langagières réelles des enquêtés et aux enjeux interactionnels de l'entretien.

Le terrain retenu est le service d'hémodialyse du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody à Abidjan, lieu de prise en charge de nombreux patients atteints d'insuffisance rénale chronique. Ce choix est justifié par le fait que cette unité médicale accueille une population très hétérogène, socialement défavorisée, dont une large part est illettrée ou faiblement scolarisée. Dans ce microcosme hospitalier, le français est omniprésent, tant dans les protocoles médicaux que dans les outils de recherche. Cette configuration accentue les écarts entre langue institutionnelle et langage vécu, exacerbant les rapports de domination langagière et les difficultés d'expression des malades.

Méthodologiquement, cette étude s'inscrit dans une approche qualitative compréhensive, au sens weberien (Weber, 1922, p.7-10), visant à saisir le sens subjectif que les individus attribuent à leur expérience de la maladie et à leur rapport au langage. Les entretiens semi-directifs¹ ont été privilégiés, afin de garantir une relative liberté de parole aux enquêtés tout en assurant une cohérence thématique. Dans une logique d'adaptation contextuelle, les langues locales telles que le dioula ou l'attié ont été mobilisées avec l'aide de traducteurs-interprètes formés, permettant de réduire les asymétries linguistiques et de favoriser l'émergence d'une parole incarnée.

Le dispositif empirique a été défini selon des critères rigoureux. Ont été inclus uniquement les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique et se déclarant incapables de lire et d'écrire en français (illettrisme fonctionnel). Ont été exclus les patients mineurs, ceux présentant des troubles cognitifs ou psychiatriques sévères,

¹ Les **entretiens semi-directifs** sont une technique de collecte de données qualitatives qui combine des questions préétablies avec une grande souplesse d'adaptation aux réponses de l'enquêté. Dès leur première apparition, il convient de préciser que ce type d'entretien permet au chercheur de guider la discussion autour de thèmes définis tout en laissant à l'interviewé la liberté d'exprimer son point de vue, ses expériences et ses ressentis de manière approfondie. L'objectif est donc d'obtenir des informations riches et nuancées tout en conservant une structure permettant la comparaison entre différents participants.

ainsi que ceux refusant de participer à un entretien enregistré. Le mode d'échantillonnage retenu est le raisonné, fondé sur la pertinence des profils en lien avec la problématique étudiée. Ce choix permet d'appréhender la diversité des rapports au langage en fonction de l'âge, de la langue maternelle, et de l'histoire médicale.

En définitive, l'analyse des données a été conduite selon une double approche méthodologique : la théorisation ancrée de Glaser et Strauss (1967, p. 23-34), qui permet de construire les catégories d'analyse à partir des données elles-mêmes, et une analyse discursive foucauldienne, attentive aux régimes d'énonciation, aux discontinuités, et aux mécanismes d'exclusion dans les discours. Le codage thématique intègre le contenu verbal, les silences, hésitations et alternances codiques pour saisir la complexité des dynamiques langagières et comprendre comment les inégalités linguistiques influencent la production, la réception et la légitimité de la parole en santé.

2. Résultats

2.1. L'asymétrie linguistique et la domination symbolique

L'usage du français dans l'enquête instaure une asymétrie linguistique qui dépasse la simple différence de compétences pour relever d'une domination symbolique. Perçue comme langue légitime, elle produit chez les enquêtés peu scolarisés un sentiment d'illégitimité, favorisant l'autocensure et la mise à distance de la parole. Ce silence, socialement construit, limite l'accès du chercheur à des données riches et révélatrices. Ainsi, le recours exclusif au français constitue à la fois un facteur d'appauvrissement de la recherche et un révélateur des inégalités sociolinguistiques en Côte d'Ivoire.

Les propos suivants illustrent la manière dont la langue de l'entretien en l'occurrence le français façonne les conditions d'accès à la parole des personnes enquêtées :

« Je voulais parler, mais quand vous avez commencé en français, j'ai eu peur de dire n'importe quoi. »

T.M, malades insuffisant rénal

« C'est vous qui êtes allés à l'école, nous on ne sait pas causer comme ça. »

O.L, malades insuffisant rénal

« Quand c'est en français, je me tais. J'écoute seulement. Je ne veux pas qu'on rit de moi. »

K.O, malades insuffisant rénal

Ces propos, tirés de discours de malades chroniques en Côte d'Ivoire, illustrent les enjeux sociolinguistiques profonds qui émergent de l'usage du français comme langue principale dans les dispositifs de recherche qualitative. Ils témoignent non seulement de barrières linguistiques objectives, mais surtout de processus de

disqualification symbolique qui affectent la prise de parole des personnes interrogées. Le français, langue officielle et véhicule du savoir institutionnalisé, agit ici comme un filtre social qui hiérarchise les locuteurs en fonction de leur capital linguistique. En cela, l'analyse sociologique de ces énoncés permet de mettre en lumière des mécanismes d'exclusion symbolique au cœur même de la production des données, en soulignant la manière dont les rapports de pouvoir inhérents à la langue structurent les interactions entre enquêteurs et enquêtés. La relation d'enquête devient alors un espace de mise en scène des inégalités sociales, où le langage ne constitue pas un simple outil de recueil, mais un révélateur des logiques de domination, d'autocensure et de retrait de la parole qui traversent le tissu social ivoirien, notamment dans les contextes de précarité linguistique et d'illettrisme.

2.1.1. Le français comme vecteur de domination symbolique (Bourdieu)

L'emploi du français, langue officielle héritée de la colonisation, dans les interactions de recherche crée un espace d'inégalité linguistique qui réactive ce que Pierre Bourdieu (1998, p. 163-165) appelle la violence symbolique. Le français y fonctionne comme capital culturel légitime, maîtrisé par les élites et les détenteurs du savoir scientifique. Ainsi, l'expression « *vous qui êtes allés à l'école* » révèle une intériorisation de la hiérarchie sociale et linguistique. Les enquêtés se positionnent d'emblée comme dominés, en retrait du champ légitime de la parole publique.

2.1.2. L'illettrisme comme facteur d'autocensure et d'invisibilisation

Les phrases « *je me tais* » ou « *j'ai eu peur de dire n'importe quoi* » traduisent une autocensure liée à l'illettrisme, compris ici non pas comme une absence totale de compétences linguistiques, mais comme une inadéquation perçue entre les compétences langagières des enquêtés et les exigences implicites de la communication en français. Cette auto-exclusion de la parole reflète ce que Basil Bernstein (1975, p. 45-48) nommait les codes restreints face aux codes élaborés, révélant une fracture sociolinguistique structurelle qui invisibilise certaines expériences sociales dans les dispositifs de recherche.

2.1.3. La peur du ridicule : un stigmat de classe (Goffman)

La crainte d'« être moqué » révèle la présence du stigmat langagier (Goffman, 1963, p. 12-15), qui pousse les individus à adopter une posture d'effacement de soi pour éviter l'humiliation publique. Ce stigmat est produit par la norme du français standard, perçue comme supérieure, qui dévalorise les pratiques langagières locales (langues ivoiriennes, nouchi, etc.), souvent plus spontanées et expressives. Ainsi, le

silence devient une stratégie de préservation de la face (Erving Goffman, *La mise en scène de la vie quotidienne*), dans une situation où l'enquête se sent évalué.

2.1.4. Implications méthodologiques et éthiques pour la recherche

Ces propos interrogent directement la posture du chercheur, notamment en contexte multilingue. Le choix du français comme langue de collecte n'est pas neutre : il produit un effet de tri social, sélectionne les voix légitimes et invisibilise celles qui ne maîtrisent pas le code dominant. Une sociologie critique de la recherche qualitative doit ainsi repenser l'ethos scientifique en intégrant les langues vernaculaires comme médiatrices de l'accès à la parole, et en valorisant les modalités expressives des acteurs marginalisés.

En conclusion, la langue, au-delà de la communication, constitue un vecteur de pouvoir et d'exclusion. En Côte d'Ivoire, la prédominance du français marginalise symboliquement les malades chroniques peu scolarisés et restreint l'accès à la richesse de leurs expériences. Une sociologie attentive à la justice cognitive doit reconnaître et valoriser la diversité linguistique pour permettre une parole véritablement émancipée.

2.2. Quand le langage manque : blocages discursifs et invisibilité subjective

Le récit de soi est central dans l'approche qualitative pour accéder à la subjectivité et à l'expérience vécue, notamment face à la maladie chronique. Toutefois, chez les personnes peu ou pas scolarisées, la faible maîtrise du français génère une autocensure linguistique qui inhibe la parole. Ce blocage ne relève pas d'une simple difficulté technique, mais d'un empêchement structurel à se dire et à se constituer pleinement comme sujet parlant.

Propos recueillis des malades insuffisants rénaux :

"Quand je veux dire ce que je ressens, je ne trouve pas les mots. Je pense en ma langue, mais je ne sais pas comment dire en français."

K.N, malade insuffisant rénal

"Il y a des choses que je ne dis pas parce que je ne sais pas bien parler. Ça reste dans mon cœur."

Y.J, malade insuffisant rénal

"Parfois, je veux expliquer la souffrance, mais en français, c'est trop dur. Alors je dis juste que je suis malade."

G.N, malade insuffisant rénal

La recherche qualitative, fondée sur l'écoute, la narration et la compréhension du vécu des individus, repose sur la capacité des enquêtés à produire un récit de soi intelligible

pour le chercheur. Dans le contexte ivoirien, cette exigence entre en tension avec la réalité sociolinguistique d'une population où le français, langue officielle, coexiste avec de nombreuses langues nationales, souvent dominantes dans les interactions quotidiennes mais peu valorisées dans les espaces institutionnels. Les propos tels que « *Je pense en ma langue, mais je ne sais pas comment dire en français* », « *Ça reste dans mon cœur* », ou encore « *En français, c'est trop dur* » révèlent des dynamiques profondes d'injustice linguistique. Ces expressions, apparemment simples, renvoient à des problématiques sociologiques complexes d'illégitimité symbolique, de censure intérieure et d'occultation de l'expérience vécue dans les dispositifs de recherche.

2.2.1. *L'autocensure et la douleur tue : les effets sociolinguistiques de l'illettrisme*

Les propos « *Ça reste dans mon cœur* » et « *Je dis juste que je suis malade* » sont emblématiques d'un processus d'*autocensure linguistique*, où l'individu s'abstient de développer sa pensée ou de nommer sa souffrance par crainte de l'erreur, du ridicule ou de l'incompréhension. Ce silence n'indique pas un déficit de contenu, mais traduit une violence symbolique intériorisée, où l'enquêté se tait face à des normes langagières qu'il ne maîtrise pas (Bourdieu, 1972, p. 72-74). Ainsi, la recherche qualitative, bien qu'elle vise à donner la parole, peut reproduire des mécanismes d'exclusion linguistique. Ce silence constitue également un silence épistémique, limitant la compréhension des trajectoires de maladie et rendant invisibles les significations culturelles et émotionnelles de la souffrance.

2.2.2. *L'entrave à la réflexivité et la perte de la dignité narrative*

Selon P. Ricoeur (1990, p. 7-10), le récit de soi est un acte de reconnaissance et d'attribution de sens, conférant au sujet sa dignité narrative. Cependant, dans les extraits analysés, les difficultés linguistiques entravent l'élaboration de ce récit. L'impossibilité de « *trouver les mots* », de « *dire la souffrance* », prive l'individu de sa capacité à nommer, à penser et à transformer son vécu en savoir partageable. Cette entrave à la réflexivité est aggravée dans le cas des malades chroniques, dont la parole est déjà fragilisée par la souffrance physique et psychique. Lorsque l'individu réduit son expérience à une simple affirmation « *Je suis malade* » il est contraint à une *réduction identitaire*, incapable de nuancer, de contextualiser, de situer son mal dans une histoire personnelle. Il s'agit là d'une dépossession symbolique du droit à se dire, qui appelle une révision critique des méthodes de recherche.

En somme, les propos cités dévoilent la dimension profondément politique du langage dans la recherche qualitative. En Côte d'Ivoire, l'usage exclusif du français produit des effets d'exclusion symbolique, empêche l'expression pleine du vécu, et contribue

à l'occultation des souffrances des malades chroniques illettrés. Une sociologie critique de la recherche doit intégrer ces dimensions sociolinguistiques, en repensant l'acte d'enquête à l'aune de la justice linguistique. Cela suppose une valorisation des langues locales, une médiation culturelle et langagière, et une reconnaissance pleine et entière de la diversité des formes d'expression, comme autant de voies d'accès à la parole des dominés.

2.3. Les langues locales et subjectivités retrouvées : une dynamique de réappropriation discursive

Les langues nationales (dioula, baoulé, dida, bété, etc.) apparaissent comme des langues du vécu, plus adaptées à la transmission de l'expérience intime. Leur usage dans l'entretien permet à l'enquêté de reprendre le contrôle de sa parole et d'entrer dans un rapport de confiance avec l'enquêteur. L'alternance codique devient alors un outil sociolinguistique de libération narrative.

Propos recueillis des malades insuffisants rénaux (MIR) :

MIR 11. *"Quand vous avez parlé en baoulé, mon cœur s'est ouvert. Là, je pouvais tout dire."*

MIR 14. *"C'est dans ma langue que je peux expliquer mes douleurs comme il faut. Sinon en français, c'est compliqué."*

MIR 10. *"Quand vous avez traduit, j'ai compris. J'ai pu dire ce qui me gêne vraiment dans mon corps."*

Dans le contexte postcolonial ivoirien, marqué par une pluralité linguistique et une inégale répartition des compétences en français, la conduite d'enquêtes qualitatives auprès des populations faiblement scolarisées, et notamment des malades chroniques, soulève des enjeux épistémologiques et éthiques majeurs. Les extraits cités, tirés d'entretiens réalisés en milieu de soins, mettent en lumière l'effet libérateur et révélateur de l'usage des langues locales dans la relation d'enquête. À travers ces paroles, se dévoilent les logiques sociales de la reconnaissance langagière, la centralité de la langue maternelle dans l'élaboration du récit de soi, et la nécessité d'une recherche socialement située, attentive aux régimes linguistiques de la production de sens. Ces témoignages, loin d'être anecdotiques, sont le point d'entrée d'une réflexion sociologique sur les conditions sociales de possibilité de la parole.

2.3.1. La langue maternelle comme vecteur d'affectivité et de confiance

La phrase « *Quand vous avez parlé en baoulé, mon cœur s'est ouvert* » exprime une transformation radicale de la disposition du sujet à l'égard de l'enquête, déclenchée non par une simple opération linguistique, mais par une reconnaissance affective et

Décembre 2025 37

symbolique. La langue maternelle n'est pas ici un simple outil de communication : elle constitue un espace de confiance, d'intimité et de sécurité ontologique (Giddens, 1991, p. 32-34). Elle active un rapport horizontal entre enquêteur et enquêté, en neutralisant au moins partiellement la hiérarchie implicite véhiculée par le français, perçu comme la langue du savoir, de l'administration et du jugement. Parler en baoulé, c'est rejoindre l'enquêté dans son monde vécu, reconnaître sa dignité sociale, et instaurer les conditions minimales d'une parole vraie, entière, libérée des contraintes normatives.

2.3.2. *La langue locale comme condition d'élaboration du savoir incarné*

L'extrait « *C'est dans ma langue que je peux expliquer mes douleurs comme il faut* » attire l'attention sur un enjeu fondamental de la recherche qualitative en santé : la capacité du sujet à traduire son expérience corporelle en langage. La douleur, en tant qu'expérience sensorielle, affective et culturelle, ne se donne pas d'emblée à la parole. Elle exige des ressources linguistiques fines, ancrées dans une mémoire sensorielle partagée. Or, les langues locales possèdent souvent des vocabulaires plus adaptés à l'expression des symptômes corporels tels qu'ils sont ressentis dans leur complexité (Kleinman, 1980, p. 25-28). Le français, dans ce contexte, agit comme une langue « froide », étrangère aux manières indigènes de nommer le corps et ses dysfonctionnements. L'exclusion des langues locales constitue donc une forme de réduction épistémique du savoir des malades, qui empêche l'énonciation précise de leurs souffrances et appauvrit le matériau de la recherche.

2.3.3. *La traduction comme pratique de justice cognitive*

L'énoncé « *Quand vous avez traduit, j'ai compris. J'ai pu dire ce qui me gêne vraiment dans mon corps* » souligne le rôle central de la médiation linguistique dans la construction du discours de l'enquêté. Traduire ne consiste pas simplement à « passer d'une langue à une autre », mais à créer un pont entre des univers de sens différents, entre des référentiels corporels, symboliques et linguistiques. En cela, la traduction est une pratique de justice cognitive (de Sousa Santos, 2009, p. 47-50), visant à restaurer l'égalité des intelligences et des savoirs dans la relation de recherche. Elle permet non seulement à l'enquêté de comprendre les questions posées, mais surtout de formuler une réponse authentique, située, enracinée dans sa culture langagière propre. En rendant cette parole audible dans l'espace académique, la traduction valorise une pluralité de rationalités et lutte contre l'épistémicide inhérent à l'uniformisation linguistique de la science.

En clair, ces trois extraits révèlent avec force que la langue n'est pas un simple canal de transmission de l'information, mais un acteur social à part entière dans la production de la connaissance. Dans un pays multilingue comme la Côte d'Ivoire,

insister sur le français comme langue unique de recherche revient à reproduire une forme d'exclusion symbolique qui invisibilise les savoirs des plus vulnérables. À l'inverse, le recours aux langues locales, la reconnaissance du plurilinguisme, et la mise en place de pratiques de médiation linguistique sont des leviers puissants pour une recherche qualitative plus inclusive, plus riche, et plus juste. Ces pratiques doivent être pensées non comme des concessions méthodologiques, mais comme des exigences éthiques et politiques de toute recherche menée auprès de populations marginalisées.

2.4. Le contexte de l'entretien et sa portée performative

Le lieu de l'enquête et la posture adoptée par le chercheur constituent des variables décisives dans la configuration de la parole recueillie. L'espace dans lequel se déroule l'entretien n'est pas neutre : il agit comme un dispositif structurant les interactions, les rapports de pouvoir et les formes de légitimité de la parole. Dans un cadre institutionnel tel qu'un centre de santé, un hôpital ou un cabinet médical, l'enquêté tend à se conformer aux codes dominants de la rationalité biomédicale. Il mobilise un registre de langage normé, souvent appauvri, et adopte une posture de soumission symbolique à l'autorité de l'institution, perçue comme détentrice du savoir légitime. Ce contexte formel induit une parole filtrée, parfois inhibée, où l'enquêté cherche à "bien répondre", selon ce qu'il pense être attendu, plutôt qu'à exprimer librement son expérience.

À l'inverse, lorsque l'enquête se déroule dans un espace familier tel que le domicile ou un cadre communautaire et que le chercheur adopte une posture moins verticale, notamment en ayant recours à la langue locale, les conditions d'émergence d'une parole plus incarnée, plus expressive et plus sincère sont réunies. Ce changement de cadre favorise la *performativité du discours* : le sujet ne se contente plus de répondre à des questions, il *raconte*, il *met en scène* son vécu, il *élabore* un récit de soi plus riche, dans lequel les émotions, les représentations culturelles de la maladie et les dimensions existentielles de la souffrance peuvent émerger. La langue locale, en tant que vecteur d'intimité culturelle et affective, agit alors comme catalyseur de cette expressivité.

Ainsi, l'espace de l'enquête, tout comme le choix linguistique, ne sont pas de simples paramètres logistiques, mais des éléments constitutifs du processus de construction des données qualitatives. Ils façonnent les conditions d'énonciation, les régimes de vérité mobilisables, et *in fine*, la qualité même des savoirs produits par la recherche.

Propos de malades insuffisants rénaux (MIR) :

MIR 16. *"À l'hôpital, je ne parle pas trop. Je ne sais pas ce qu'il faut dire. Ici à la maison, je parle librement."*

MIR 21. *"Devant le docteur, je dis juste 'ça va'. Mais chez moi, je raconte tout."*

MIR 23. *"Quand vous êtes venu ici et que vous avez parlé comme moi, j'ai senti que je pouvais tout dire sans honte."*

Dans le contexte ivoirien, la production de données qualitatives en santé est traversée par des rapports de pouvoir qui s'expriment à la fois par la langue, le lieu et le statut de l'interlocuteur. Les malades chroniques, souvent issus de milieux populaires peu alphabétisés, évoluent dans un environnement où le français, langue de l'institution médicale, fonctionne comme un marqueur de domination symbolique. Les extraits recueillis illustrent avec acuité la manière dont la parole du patient est façonnée, bridée ou libérée selon les cadres interactionnels. Cette analyse sociologique met en lumière les tensions entre l'autorité médicale et l'expérience vécue, les effets du lieu sur l'expression, et l'importance de la reconnaissance langagière comme condition d'une parole incarnée.

2.4.1. *Le cadre institutionnel comme espace de censure intériorisée*

Les propos « À l'hôpital, je ne parle pas trop. Je ne sais pas ce qu'il faut dire » et « *Devant le docteur, je dis juste "ça va"* » traduisent une inhibition caractéristique de l'espace hospitalier. Celui-ci fonctionne comme un lieu de régulation symbolique où s'impose un ordre discursif spécifique : parler « bien », « vite », et « utilement » dans la langue dominante, le français. Or, pour les patients illettrés ou peu francophones, ce cadre suscite un sentiment d'illégitimité langagière. Ils assimilent l'idée de ne pas posséder les codes nécessaires pour être entendus et pris au sérieux, ce qui les conduit à un silence imposé. Cette autocensure constitue une forme de violence symbolique (Bourdieu, 1991, p. 41-43), par laquelle l'individu, sans contrainte explicite, se résigne à une expression minimale de soi, pour ne pas se risquer au ridicule ou à l'incompréhension.

2.4.2. *La reconnaissance langagière comme levier d'émancipation discursive*

Enfin, l'énoncé « *Quand vous avez parlé comme moi, j'ai senti que je pouvais tout dire sans honte* » met en évidence un autre facteur crucial : la reconnaissance symbolique par le langage. Parler la langue de l'enquêté, c'est lui signifier qu'il est digne d'être compris tel qu'il est, dans son univers sociolinguistique. Ce geste abolit temporairement l'asymétrie statutaire entre le chercheur (ou soignant) et le sujet, en produisant un effet d'horizontalité. Il génère ce que Nancy Fraser (2001, p. 36-38) appelle une justice de la reconnaissance, indispensable à l'expression authentique du vécu. Lorsque l'enquêteur parle « comme lui », le malade sort de la posture de déférence et entre dans celle de l'interlocuteur légitime, capable de produire un récit riche, émotionnellement chargé, et épistémiquement utile. L'absence de honte

évoquée n'est pas anodine : elle témoigne de la levée d'un obstacle fondamental à la mise en mots de la douleur.

Les extraits analysés révèlent que la parole du malade chronique en Côte d'Ivoire ne peut être dissociée des conditions sociolinguistiques et interactionnelles qui la rendent possible ou la contraignent. Le français, dans les espaces institutionnels, fonctionne souvent comme un instrument de discipline discursive et de marginalisation symbolique, tandis que la langue locale et l'espace familial restaurent les capacités narratives du sujet. Cette dialectique entre censure et expressivité invite à repenser la recherche qualitative en santé à partir d'une éthique de la relation, de la reconnaissance et du plurilinguisme, où la parole du patient n'est pas seulement recueillie, mais rendue possible.

2.5. Les subjectivités oubliées : les impensés de la recherche en santé

Les barrières linguistiques en recherche qualitative entraînent une occultation structurelle des voix subalternes, notamment celles des patients illettrés, dont les récits sont tronqués ou disqualifiés faute d'expression dans la langue légitime. Cette exclusion épistémique altère la représentativité des résultats et participe à la reproduction des inégalités sociales dans la production du savoir en santé. Ainsi, l'illettrisme apparaît moins comme un simple obstacle technique que comme un révélateur des rapports de domination à l'œuvre dans la connaissance médicale.

Propos recueillis des malades insuffisants rénaux (MIR) :

MIR 19. *"Vous les gens d'étude, vous ne comprenez pas bien nos souffrances. On parle, mais vous n'écrivez pas tout."*

MIR 20. *"Si on ne parle pas bien français, on croit qu'on n'a rien à dire."*

MIR 30. *"Il y a beaucoup de malades comme moi, mais personne n'entend nos histoires. On nous oublie."*

La recherche qualitative en santé rencontre un obstacle majeur : l'occultation linguistique et sociale des malades peu ou non francophones. Les témoignages ici analysés expriment une double marginalisation épistémique et langagière vécue par des malades chroniques souvent en situation d'illettrisme. Derrière ces énoncés se dessinent les contours d'un problème sociologique fondamental : comment une parole non conforme aux normes langagières dominantes devient-elle inaudible pour les institutions médicales et académiques ? Cette analyse explore les logiques de disqualification symbolique, de hiérarchisation des savoirs et de production du silence dans les dispositifs de recherche qualitative.

2.6. Une critique populaire de l'asymétrie cognitive et institutionnelle

L'affirmation « *Vous les gens d'étude, vous ne comprenez pas bien nos souffrances. On parle, mais vous n'écrivez pas tout* » constitue une interpellation directe des chercheurs et soignants, perçus comme détenteurs d'un savoir légitime mais déconnecté. Elle pointe une asymétrie cognitive entre le savoir expérientiel du malade et le savoir savant de l'enquêteur. L'idée que « tout n'est pas écrit » suggère une sélection souvent implicite des éléments considérés comme pertinents, opérée selon des critères académiques et biomédicaux, qui peuvent exclure les formes de langage non standardisées, émotionnelles ou culturellement codées.

Ce processus d'exclusion relève d'un régime de vérité (Foucault, 1971, p. 131-133) dans lequel seules certaines manières de dire sont recevables comme savoir. Le malade sent alors que ses récits, pourtant porteurs de significations profondes sur la maladie, sont partiellement ou entièrement disqualifiés. Cela engendre un ressentiment épistémique : un sentiment d'incompréhension, voire de trahison, envers ceux qui prétendent « recueillir » la parole sans la reconnaître pleinement.

2.6.1. La langue comme vecteur de hiérarchisation des subjectivités

Le second énoncé « *Si on ne parle pas bien français, on croit qu'on n'a rien à dire* » illustre avec clarté l'intériorisation de la hiérarchie linguistique comme hiérarchie de valeur humaine et cognitive. Le français, langue officielle et académique, agit ici comme une instance de jugement : ne pas le maîtriser correctement revient à ne pas être digne de parole. Cette situation renvoie à la notion de violence symbolique (Bourdieu), selon laquelle les dominés adoptent spontanément la vision du monde des dominants, jusqu'à douter de leur propre légitimité à s'exprimer.

Dans le contexte de l'enquête qualitative, ce mécanisme produit une auto-disqualification discursive : les malades censurent leur pensée avant même de l'exprimer, convaincus que leur parole n'a pas de poids. Cela pose un défi méthodologique majeur à la recherche : comment capter une parole déjà abîmée par l'ordre social qui l'a marginalisée ? Cette question invite à revaloriser les formes alternatives d'expression, y compris les silences, les gestes ou les récits fragmentés, comme autant de traces du social.

2.6.2. Occultation des récits de souffrance et oubli social

La phrase « *Il y a beaucoup de malades comme moi, mais personne n'entend nos histoires. On nous oublie* » porte une charge critique forte. Elle exprime le sentiment d'une exclusion systémique, où le silence social autour des malades chroniques analphabètes est vécu comme une forme d'effacement. Ce silence n'est pas accidentel, il est produit par des mécanismes institutionnels : la standardisation des

consultations, le manque de temps des soignants, l'inadéquation des outils d'enquête, et la langue française comme filtre cognitif.

Ce constat renvoie à la notion d'injustice épistémique (Fricker, 2007, p. 21-25), selon laquelle certains groupes sociaux sont empêchés de contribuer à la production de savoir en raison de préjugés structurels. Ici, le malade illettré est simultanément disqualifié comme sujet parlant, comme détenteur de savoir sur sa maladie, et comme témoin de son vécu. Il devient un « sujet fantôme » dans les récits officiels de la santé publique. Or, pour construire des politiques de santé équitables, il est crucial de réintégrer ces voix absentes, en déconstruisant les biais linguistiques et méthodologiques qui les écartent. Les témoignages analysés dévoilent les effets délétères d'un dispositif de recherche qui ne prend pas en compte les dimensions sociolinguistiques et symboliques de la parole des malades. Ils appellent à une refondation éthique et méthodologique de l'enquête qualitative en Côte d'Ivoire, fondée sur la reconnaissance des langues locales, la valorisation des récits dits « ordinaires » et la prise en compte des asymétries sociales de la communication. En replaçant la voix des malades au cœur de l'analyse, il devient possible non seulement de produire un savoir plus juste, mais aussi de contribuer à une réparation symbolique de leur invisibilité sociale.

3. Discussion

Les résultats montrent que la langue joue un rôle central dans l'accès à la parole des malades chroniques faiblement scolarisés en Côte d'Ivoire. L'usage dominant du français instaure une relation de pouvoir qui produit inhibition, sentiment d'infériorité et appauvrissement des récits, limitant l'expression de la subjectivité et des trajectoires de maladie. Cette domination linguistique engendre une véritable injustice symbolique et épistémique. À l'inverse, le recours aux langues locales permet une réappropriation de la parole, une expression plus fine des émotions et une restitution culturellement située du vécu. Le cadre de l'entretien module ces dynamiques, l'hôpital renforçant souvent la censure de soi, tandis que les espaces familiers favorisent une parole plus libre. La langue apparaît ainsi comme un enjeu majeur de pouvoir, de reconnaissance et de justice cognitive dans la recherche qualitative.

À partir des résultats précédemment exposés, l'analyse a été réorientée vers un corpus discursif resserré, mobilisé selon une logique analytico-interprétative. Il ne s'agit pas de reproduire l'ensemble du matériau empirique recueilli, mais d'en extraire les éléments les plus déterminants pour la compréhension sociologique du phénomène, en évitant les redites et les développements redondants. Dans cette perspective, l'examen se centre sur un axe thématique majeur, formulé comme suit : « *Le contexte de l'entretien et sa portée performative* ».

L'analyse met en évidence que la parole empêchée reflète les rapports sociolinguistiques et les rapports de pouvoir inscrits dans la langue. Dans le contexte étudié, le français, langue du pouvoir administratif et scientifique, fonctionne comme un filtre d'accès au dire de soi, obstruant la médiation entre expérience intime et cadres sociaux de son intelligibilité (Ricoeur, 1990, p. 7-10). Cette entrave traduit une domination symbolique : la maîtrise du français confère un avantage social tandis que l'insécurité linguistique induit autocensure et disqualification (Bourdieu, 1982, p. 35-40). Les malades peu scolarisés intériorisent ces hiérarchies, produisant un silence socialement structuré, que Spivak (1988, p. 271-280) identifie comme une exclusion des voix subalternes. Ce n'est pas l'expérience qui fait défaut, mais la possibilité de l'exprimer dans un idiome légitime, ce qui constitue une injustice épistémique (Worms, 2010, p. 15-18).

Le recours aux langues locales (baoulé, dioula, bété) constitue une tactique d'appropriation du cadre d'enquête, permettant une expression plus incarnée et fidèle aux nuances de la douleur et des émotions (de Certeau, 1980, p. 37-45). L'intégration des plurilinguismes en recherche qualitative relève d'un déplacement épistémologique, valorisant la légitimité des savoirs vernaculaires et participant à la démocratisation de la parole scientifique (Calvet, 1999, p. 21-27).

Ainsi, ces résultats soulignent les limites d'une recherche ignorant le pouvoir linguistique et appellent à une posture critique de l'enquêteur, attentive aux rapports de force langagiers et aux formes silencieuses ou fragmentées d'expression, seules capables de rendre justice aux subjectivités entravées.

Conclusion

Les résultats montrent que la langue constitue un enjeu central de pouvoir dans l'enquête, structurant l'accès à la parole, la légitimité discursive et la qualité des données. L'usage du français instaure une asymétrie linguistique qui génère autocensure, disqualification symbolique et appauvrissement des récits de souffrance, révélant une violence symbolique structurelle. À l'inverse, le recours aux langues locales favorise une parole incarnée, une reconnaissance des enquêtés et l'émergence de récits plus riches. Ces constats appellent à repenser la méthodologie qualitative en contexte multilingue : institutionnalisation des langues locales, médiation linguistique, diversification des lieux d'enquête et posture réflexive du chercheur. La traduction apparaît comme un acte éthique et politique. En définitive, le plurilinguisme s'impose comme une condition essentielle de la justice cognitive en santé et de la production d'un savoir véritablement inclusif.

Références bibliographiques

BERNSTEIN Basil, 1971-1975, *Langage et classes sociales* (original : *Class, Codes and Control*, Volume 1), Éditions de Minuit, Paris (traduction française), Routledge & Kegan Paul, Londres.

BOURDIEU Pierre, 1982, *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Fayard, Paris, p. 17-18.

BOURDIEU Pierre, 1998, *La domination masculine*, Éditions du Seuil, Paris.

CAMERON Deborah, 1995, *Verbal Hygiene*, Routledge, Londres, p. 3-25.

CALVET Louis-Jean, 1999, *Pour une écologie des langues du monde*, Payot, Paris.

DE CERTEAU Michel, 1980, *L'invention du quotidien*, Éditions Gallimard, Paris.

DE SOUSA SANTOS Boaventura, 2009, *La difficile democracia*, Ediciones Akal, Madrid.

ECKERT Jean-Claude & HELLER Myriam, 2003, *Language, Interaction and Social Inequality*, Routledge, Londres, p. 56-78.

FOUCAULT Michel, 1970-1971, *L'ordre du discours* (Leçon inaugurale au Collège de France), Gallimard, Paris.

FRASER Nancy, 2000-2001, *Le féminisme en mouvements* (version française), Presses Universitaires de France (PUF), Paris. Version originale anglaise : *The Feminist Theory Reader*, Routledge, New York.

FRICKER Miranda, 2007, *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, Oxford.

GIDDENS Anthony, 1984-1991, *La constitution de la société* (version française, *The Constitution of Society*), Éditions du Seuil, Paris. Version originale : University of California Press, Berkeley, Californie.

GLASER Barney G. & STRAUSS Anselm, 1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Aldine Publishing Company, Chicago, p. 23-34.

GOFFMAN Erving, 1963-1975, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey. Version française : *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Éditions de Minuit, Paris.

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, Californie.

MIALET Hélène, 2005, *Langue et pouvoir en Afrique. L'invention d'une expertise coloniale*, Karthala, Paris, p. 45-62.

N'GUESSAN Claver, 2017, *Sociolinguistique et santé en Afrique de l'Ouest. Les enjeux de la communication en contexte plurilingue*, L'Harmattan, Abidjan, p. 102-118.

PAVLENKO Aneta, 2014, *Bilingualism and Thought*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 89-112.

RICŒUR Paul, 1990, *Soi-même comme un autre*, Éditions du Seuil, Paris.

SPIVAK Gayatri Chakravorty, 1988, *Can the Subaltern Speak? Marxism and the Interpretation of Culture*, Nelson, Cary et Grossberg, Lawrence, University of Illinois Press, Urbana, p. 271-313.

WEBER Max, 1922, *Économie et société (Wirtschaft und Gesellschaft)*, Mohr (J.C.B. Mohr, Paul Siebeck), Tübingen, Allemagne, édition posthume éditée par Marianne Weber.