

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DIJON

**LORSQUE LA COMPÉTENCE CULTURELLE EST
OUTIL DE SOIN**

PROMOTION DE SEVIGNE

2010 – 2013

GOUJON ALEXANDRE

TRAVAIL D'INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE

12, boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny 21079 DIJON cedex

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, je tiens à remercier l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Dijon, avec un remerciement spécial à madame BERNIER Michèle, directrice de l'institut. Je remercie dans un même temps l'équipe pédagogique, ainsi que l'équipe administrative pour le travail accompli durant cette formation.

Je souhaiterais également remercier madame PIEDADE Isabelle, référente pédagogique, pour son soutien, son dévouement, ainsi que pour sa guidance au cours de ces trois années de formation.

Je voudrais remercier mes parents André et Patricia GOUJON ainsi que mes beaux-parents Denis et Évelyne GARCIA pour leur soutien et leurs encouragements. Je remercie spécialement Évelyne GARCIA , Priscille GOUJON-GARCIA et Audrey CRESCENZO-PETOT pour leur aide à la relecture de ce travail de fin d'étude.

Je remercie ma belle-sœur Mélissa GARCIA, ainsi que tous mes amis pour leur précieux soutien.

Le dernier remerciement, et non le moindre, est pour mon épouse Priscille GOUJON-GARCIA qui a toujours été présente pour m'encourager, me motiver, me soutenir et me féliciter dans cette formation. Si j'ai réussi à aller jusqu'au bout, je sais que c'est en grande partie grâce à elle. Elle est celle à qui le mérite revient.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1
I. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DÉPART	p.2
1. DESCRIPTION DE LA SITUATION D'APPEL	p.2
2. QUESTIONNEMENT ET PROBLÉMATISATION	p.4
3. QUESTION DE DÉPART	p.5
II. CADRE CONCEPTUEL	p.6
1. LA CULTURE	p.6
1.1 DÉFINITION	p.6
1.2 LA CULTURE DE LA PERSONNE SOIGNÉE	p.8
1.3 LA CULTURE SOIGNANTE	p.10
1.3.1 la culture institutionnelle	p.10
1.3.2 la culture médicale	p.11
1.3.3 la culture non-médicale ou la culture du « prendre soin » :	p.12
2. LE SOIN	p.13
2.1 DÉFINITION	p.13
2.2 - LE SOIN DANS L'INTENTION	p.14
2.3 - LE SOIN, LA PRATIQUE	p.15
2.4 - PRENDRE SOIN	p.16
3 – L'ADAPTATION	p.17
3.1 – DÉFINITION	p.17
3.2 - LES DIFFÉRENTS BESOINS D'ADAPTATION	p.17
III – CONCLUSION	p.21
BIBLIOGRAPHIE	p.23
ANNEXES	p.25
Annexe I : Modèle de soins transculturel de Madeleine LEININGER	
Annexe II : Modèle transculturel de Purnell : compétence culturelle	

INTRODUCTION :

Forts d'une histoire riche, les soins infirmiers sont aujourd'hui en plein essor et à l'aube de changements importants. En effet, le siècle passé a contribué au développement des soins infirmiers grâce à l'amélioration des techniques ; ceux-ci sont en effet en constante évolution, mais aujourd'hui la profession évolue pour une nouvelle raison : depuis quelques décennies, le développement des moyens de communication aériens et terrestres et les nouvelles technologies toujours plus performantes (télécommunications, internet) ont permis de nombreux échanges culturels, sociaux au niveau mondial ; ce partage des connaissances a un impact aujourd'hui sur l'évolution de la profession.

Plus récemment, l'ouverture des frontières de l'Europe a permis aux populations de se déplacer sur les territoires avec plus d'aisance. Il est aujourd'hui tout à fait possible de se faire soigner par d'autres professionnels, qu'ils soient français, allemands , hongrois ou qu'ils soient à l'autre bout du monde.

En ce qui concerne la France, elle a toujours été une terre d'accueil, et même si depuis plusieurs années des lois ont été mises en place pour réguler, voire limiter l'immigration, elle reste une terre d'asile pour beaucoup. La diversité culturelle est donc indéniable et inévitable et le domaine de la santé n'y échappe pas ; d'ailleurs, nous nous rendons de plus en plus compte de cette diversité dans les soins. Dans un article, Alexandre HAGAN, infirmier, explique qu'à Montréal la recherche en soins infirmiers, la recherche médicale et sociale, ainsi que celle de la santé communautaire, travaillent activement sur la diversité culturelle apportée par les immigrants depuis déjà plusieurs années¹.

La prise de conscience du multiculturalisme n'est pas un fait nouveau, en France comme au Canada, mais il prend une dimension plus importante aujourd'hui.

Ce travail de fin d'étude, en partant d'une situation vécue en stage, étudiée et analysée, portera sur la dimension culturelle du soin et dans le soin. L'approfondissement se fera autour de la culture soignante et de ses différents points de contact avec les cultures des personnes soignées. Il sera nécessaire pour cela d'établir un cadre conceptuel, puis d'analyser les écrits scientifiques et les entretiens professionnels réalisés autour de cette culture soignante.

¹ HAGAN, A. La compétence culturelle des infirmières. *Cahier METISS*, hiver 2007, volume 2, numéro 1. Montréal : Centre de recherche et de Formations, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, p. 9.

I – DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE

DÉPART :

1 – DESCRIPTION DE LA SITUATION D'APPEL :

Au cours de mon stage de dix semaines au sein du service de rhumatologie, j'ai rencontré une situation que je n'ai pas analysée correctement de prime abord, car j'étais un professionnel novice et ma compétence culturelle était peu développée.

Une patiente musulmane était hospitalisée pour des problèmes de santé relevant du service. Un diagnostic médical de suspicion de tuberculose avait été posé et un isolement gouttelette avait été mis en place la veille de mon arrivée dans le service . La tuberculose est une infection qui a une incidence plus importante pour des patients en rhumatologie en raison de la corticothérapie. Celle-ci est utilisée dans le traitement des pathologies rhumatismales et affaiblit le système immunitaire de la personne.

Le matin de ma rencontre avec cette patiente, j'arrivai dans le service à 6h30 pour prendre mon poste lorsque, au détour du couloir, je la croisai et remarquai qu'elle allait prendre sa douche. Comme je ne la connaissais pas encore, je l'ai simplement saluée et je me suis rendu ensuite à la salle de soins, afin d'assister aux transmissions infirmières du matin.

A mon arrivée, j'exprimai à une collègue aide-soignante mon étonnement de voir une patiente si matinale, ceci ne reflétant pas les habitudes rencontrées dans les services lors de mes différents stages. Me demandant de quelle personne je parlais et comprenant qu'il s'agissait de la patiente en isolement, l'infirmière de nuit précisa que toutes les explications lui avaient pourtant été fournies et qu'elle connaissait les conditions et l'intérêt de l'isolement. (L'isolement d'un patient, dans le cadre d'une infection contagieuse, a pour objectif de prévenir tous risques de contamination à l'ensemble du service.)

L'aide-soignante, qui prenait son service de jour, partit à la rencontre de la patiente afin de lui demander de regagner sa chambre et d'en sortir le moins possible ; dans le cas

contraire il lui faudrait porter un masque afin de préserver le personnel médical et les autres patients.

La patiente exprima une forte incompréhension quant à cette restriction et un sentiment de racisme à son égard ; elle expliqua également sa frustration quant à son impossibilité de jeûner alors qu'elle effectuait le ramadan et décida donc de faire ce qui lui semblerait bon en accord avec ses convictions. La tension se fit sentir et ma collègue lui expliqua à nouveau qu'il ne s'agissait pas seulement de ses convictions, mais de privilégier en priorité la protection des personnes fréquentant le service. Le ton monta et la discussion s'arrêta. La patiente regagna sa chambre.

Le ramadan constitue l'un des cinq piliers de l'Islam, avec la chahada qui est la profession de foi musulmane, la prière, la zakât qui est la charité et le pèlerinage à la Mecque. Le ramadan est donc une part importante de la religion musulmane.

Au cours de la journée, j'ai eu l'occasion de parler avec cette patiente, insistant sur le fait que nous étions là pour elle, que nous voulions seulement son bien être, cependant la réalité nous dictait la nécessité pour elle, comme pour les autres patients du service, de conserver le plus possible l'isolement. Je lui expliquai également qu'il s'agissait d'un protocole de soin, et que l'équipe soignante devait l'appliquer comme pour une prescription.

Elle exprima également son besoin de pratiquer des ablutions avant de faire sa prière du matin, et qu'elle souhaitait le faire dans les douches plutôt que dans la salle de bain de sa chambre ; les ablutions sont un rituel religieux de lavage du corps afin de se purifier pour prier.

Ne sachant quelle réponse lui donner, je lui ai simplement reformulé l'attention particulière que nous voulions lui porter puis, peu après, je suis parti.

Ma prise de conscience de l'importance de la culture de l'autre dans la communication et dans le soin étant récente, j'ai ressenti un manque de compétences face à ce conflit. Je l'exprimai un peu plus tard dans la journée à une collègue aide-soignante, qui me dit alors qu'elle avait proposé une bassine propre à la patiente et qu'elle avait accepté.

Je n'ai pas su pour quelle raison la patiente préférait faire ses ablutions dans la douche, mais cela m'a montré que l'application des protocoles n'est pas une chose rigide mais qu'il doit être adapté aux patients et aux situations.

2 – QUESTIONNEMENT ET PROBLÉMATISATION :

La différence culturelle dans la situation précédemment exposée est présente de façon flagrante car les cultures des acteurs en cause étaient la culture française judéo-chrétienne et la culture musulmane. Mais cette différence n'est pas toujours aussi évidente et les acteurs concernés sont parfois de cultures plus proches. Cela nous pousse à nous questionner sur le sujet.

- Comment certains professionnels ont-ils réussi à communiquer avec notre patiente et pourquoi d'autres n'ont-ils pas pu le faire ?
- Y a-t-il réellement une manière de procéder lorsqu'une situation ne correspond pas à ce que l'hôpital a l'habitude de rencontrer ?
- Quelles sont les limites qu'il nous faut accepter, en tant que professionnel de la santé, pour une communication saine ?
- Doit-on bouleverser nos méthodes de travail, nos protocoles, ou même nos horaires de travail, afin de pouvoir répondre aux différentes demandes d'ordre culturel ou cultuel ?

Dans la situation exposée précédemment, la question se pose de savoir si les difficultés rencontrées étaient réellement d'ordre culturel ?

- Si c'est effectivement le cas, la différence culturelle n'a-t-elle pas parasité la communication soignant-soignée ? D'après D. LE BRETON, « *Les contentieux autour des migrants ne sont souvent que les formes les plus saillantes de malentendus qui sont les conséquences de l'hétérogénéité de la socialité occidentale, avec ses innombrables pôles de références, ses foyers différentiels de sens et de valeurs.* »²

² LE BRETON, D. chapitre *Soins à l'hôpital et différences culturelles*, livre *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'harmattan, 1989. p. 166.

- Pourquoi des difficultés de communication ou de compréhension existent-elles toujours entre des personnes qui sont socialement intégrées à la culture française ?
- Pourquoi existe-t-il des difficultés pour des personnes originaires de la même culture ?
- Comment rendre l'application des soins réellement adaptable aux patients ?
- Quel serait le rôle de l'infirmier pour améliorer la communication avec le patient ?

Et si toutes ces difficultés qui peuvent être rencontrées ne dépendaient pas de la seule confrontation de deux cultures en présence, mais dépendait également de l'existence d'une troisième culture? Quelle serait donc cette fameuse culture extérieure à la culture d'origine des différents acteurs ? Le Pr. Michel NADOT, dans ses recherches, replace l'infirmier(ère) au centre du soin et nomme sa fonction sous un nouveau terme : l'infirmier est un « médiologue ».

Si finalement, malgré les théories et l'enseignement autour du « prendre soin », il suffisait de prendre conscience de l'autre et dans un même temps de l'adaptabilité du soignant ou du soin ?

3 – QUESTION DE DÉPART :

Quel(s) rôle(s) infirmier(s) pourrai(en)t permettre l'adaptation des soins et les rendre transculturels ?

II – CADRE CONCEPTUEL :

1 – LA CULTURE :

1.1 - DÉFINITION :

Selon le dictionnaire encyclopédique Larousse la culture est un « ensemble des structures sociales et des manifestations artistiques, religieuses, intellectuelles qui définissent un groupe, une société par rapport à une autre »³.

Le dictionnaire Hachette donne cette définition :

« **3** fig Développement des facultés intellectuelles. La culture de l'esprit. **4** Ensemble des connaissances acquises par un individu. Culture générale. Culture littéraire, philosophique. **5** Ensemble des activités soumises à des normes socialement et historiquement différenciées, et des modèles de comportement transmissibles par l'éducation, propre à un groupe social donné. Culture occidentale. »⁴

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), la culture est la fructification des dons naturels qui permettent à l'être humain d'accéder à un état supérieur. C'est un ensemble de moyens mis en œuvre par l'Homme pour augmenter ses connaissances, développer et améliorer les facultés de son esprit, notamment le jugement et le goût. La culture est un travail assidu et méthodique, un bien moral qui éclaire l'Homme sur lui-même et sur le monde. Ce travail est nourri par l'expérience dans une époque et un lieu déterminés⁵.

Nous voyons, par ces définitions, l'importance de la culture pour l'être humain. Elle est la structure de l'identité par son aspect, à la fois, conscient et inconscient. Nous pouvons constater que la culture permet à l'Homme d'évoluer avec son environnement tout en se laissant transformer culturellement par lui.

³ Le dictionnaire encyclopédique des noms communs. France : Larousse, 1994. p. 298.

⁴ Dictionnaire Hachette. Hachette Livre. Paris : 2002. p. 413.

⁵ CNRTL. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne].

<<http://www.cnrtl.fr/definition/culture>> (consulté le 24/04/2013).

Il est intéressant de constater que, d'après le CNRTL, l'utilisation première de ce mot était strictement liée au travail de la terre. Par conséquent, le sens étymologique du terme nous montre un aspect important : la culture est le fruit d'un processus constant qui permet à l'individu de progresser. Ne dit-on pas « se cultiver » ou « entretenir sa culture générale » ?

Le professeur Larry PURNELL définit la culture comme étant un ensemble de tous les comportements sociaux issus de l'art, des technologies, des coutumes, des croyances, des valeurs et de toutes les caractéristiques de la pensée composant la société⁶.

Tout comme lui, Madeleine LEININGER, pionnière dans l'élaboration des théories des modèles transculturels de soins, considère que la culture est déterminée par tous les paradigmes qu'apporte la société ou le groupe. Cependant, elle donne une nuance importante : tout d'abord, la culture se transmet sur la base d'une même langue. Ensuite, la culture résulte des expériences formelles et informelles d'un individu. Enfin, La pratique de la culture s'adapte avec le temps, cependant certains aspects peuvent être constants tant qu'ils satisfont les besoins de l'individu⁷.

Cette dernière définition nous montre que si la culture dépend de l'environnement, du temps ou de l'époque, des techniques ou des technologies, des différentes professions et de tout ce qui gravite autour d'une personne, alors la culture est différente d'un individu à un autre. Qu'en est-il donc de celle des soignants ?

En effet, avant d'être soignants, nous sommes hommes et femmes. Nos vies, nos expériences, nos coutumes, nos croyances, ainsi que notre travail, forment notre identité. Et même si, au travers de ce dernier, nous fournissons un service qui nécessite que nous nous gardions de tout jugement, nos actes et nos réactions sont régis par notre culture personnelle. De cette manière, certains soignants seront doués pour l'organisation, d'autres pour les relations humaines et d'autres feront preuve de dextérité dans l'application des techniques et des protocoles. La question que nous pouvons

⁶ COUTU-WAKULCZYK, G. Pour des soins culturellement compétents : Le modèle transculturel de PURNELL. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, N°72, p. 34.

⁷ CURRENT NURSING. Open access nursing research and review articles [en ligne]. <http://currentnursing.com/nursing_theory/transcultural_nursing.html> (consulté le 24/04/2013).

soulever est de savoir comment nous pouvons, lorsque nous sommes adroits dans tel ou tel domaine, adapter notre prise en charge du patient à la situation quelle qu'elle soit.

1.2 - LA CULTURE DE LA PERSONNE SOIGNÉE :

Plusieurs modèles de soins culturels existent aujourd'hui et les auteurs écrivant sur ce sujet sont nombreux. Nous comptons parmi eux, le modèle de Virginia ANDERSON, qui est utilisé en France mais il reste assez général. Certains auteurs tels que Madeleine LEININGER (cf annexe I), Larry PURNELL (cf annexe II) ou encore Josepha CAMPINHA-BACOTE⁸, ont spécifiquement orientés leurs modèles sur la culture.

Larry PURNELL a développé en 1998 « Transcultural health care: A culturally competent approach ». Ce modèle culturel de soins est particulièrement complet⁹.

Il est représenté sous la forme d'une roue avançant sur la ligne de la culture. Au début, nous sommes inconsciemment incompetents car nous ne savons pas que la compétence culturelle est nécessaire. Avec une analyse de notre pratique, nous devenons consciemment incompetents, ce qui signifie que nous avons pris conscience de cette compétence. Puis, avec un travail et avec l'expérience autour de la culture, nous sommes consciemment compétents. Cela nous conduit, enfin, à devenir inconsciemment compétents, ce qui marque l'acquisition de la compétence culturelle.

La roue est constituée de quatre cercles concentriques.

Le premier représente la société globale, avec ses conflits et ses désastres naturels, ses problématiques politiques, économiques et ses avancées technologiques ; elle crée les interactions entre les peuples, conscients ou non, de leur façon de vivre et de leurs regards sur le monde extérieur et contribue au changement .

Le second cercle représente la communauté. La communauté est un groupe de personnes possédant un intérêt commun, une même opinion politique ou religieuse, une

8 CAMPINHA-BACOTE, J. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services*[en ligne]. <http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm> (consulté le 15/04/2013).

9 COUTU-WAKULCZYK, G. Pour des soins culturellement compétents : Le modèle transculturel de PURNELL. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, N°72, p. 36.

même passion telle que la musique ou encore une même façon de se vêtir. La communauté a pour rôle de maintenir une vision commune du monde, et lorsque celle-ci ne remplit plus son rôle, la personne peut en changer.

Le troisième cercle constitue la famille au sens large du terme puisque, d'après PURNELL, la famille se constitue de liens émotionnels, et dans ce cas une personne, sans lien de sang avec un groupe donné, peut être intégrée dans la structure familiale. Cela va influencer, plus ou moins, la culture de la personne car les membres de la famille peuvent être différents d'elle par leur âge, leur lieu de naissance, leur état civil, leurs goûts (etc.), ce qui va contribuer à une révision de ses croyances ou de son propre mode de vie.

Enfin, le quatrième cercle représente la personne, celui-ci est lui-même divisé en douze parties (cf annexe II).

1 – Vue générale	7 – Nutrition
2 – Communication	8 – Grossesse et pratiques reliées à la maternité
3 – Rôles et organisation de la famille	9 – Rituel mortuaire
4 – Questions en matière de force ouvrière	10 – Spiritualité
5 – Écologie, bioculture	11 – Pratiques de soins de santé
6 – Comportements à risques élevés	12 – Travailleurs de la santé

Le travail du professeur PURNELL est un travail complet et orienté autour de la personne soignée. C'est un modèle destiné à donner une trame permettant la prise en charge d'une personne selon tous les aspects de sa propre personnalité. Étant donné que chaque personne est unique dans sa culture, de par ses propres expériences, chaque item nous permet d'appréhender le patient et peut apporter une explication sur une réaction que nous ne comprenons pas avec le filtre de notre culture.

Ce travail, si pertinent soit-il, ne peut se suffire à lui-même, car une personne n'évolue pas dans un environnement statique et le monde du soin est loin d'être figé.

Dans une directive professionnelle du « College of nurses of Ontario »¹⁰ nous trouvons cette citation attribuée à Jean Watson (cité par J. Anderson, IA, Ph D., 1987) :

Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois me connaître.

Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois connaître l'Autre.

Pour pouvoir soigner quelqu'un, je dois jeter un pont entre nous.

Ainsi l'abord du soin passe par la connaissance de l'autre et de nous-mêmes. Mais il ne faut pas négliger l'influence de notre culture en tant que soignant, car elle peut constituer l'armature d'un pont, celui de ce que nous appellerons l'« interculturalité ».

1.3 - LA CULTURE SOIGNANTE :

La culture soignante peut se déterminer par tout ce qui gravite autour du professionnel. Il est très complexe de déterminer la culture soignante dans sa globalité, car, celle-ci est le résultat de tout une histoire, des situations économiques, des progrès technologiques, du statut du métier, ainsi que de l'époque dans laquelle on se situe.

Le professeur Michel NADOT, imminent chercheur en soins infirmiers, a travaillé depuis les années 90 sur le sens de notre métier. Il a développé un modèle infirmier en tant qu'intermédiaire culturel. Son modèle s'appuie sur trois aspects de la culture soignante : la culture institutionnelle, la culture médicale et la culture soignante non médicale, chacune étant elle-même divisée en trois catégories. Il représente bien la globalité de la profession¹¹.

1.3.1 – la culture institutionnelle :

- Selon l'humain : Le premier aspect de ce point est « l'ordre » sous toutes ses formes : que ce soit pour gérer l'ordre dans les locaux selon les bonnes règles de conduite, ou que ce soit pour gérer l'ordre de passage des patients de

¹⁰ College of Nurses of Ontario. La prestation de soins adaptés à la culture [en ligne]. Directive professionnelle. Juin 2009. p. 3. <http://www.cno.org/Global/docs/prac/51040_CultureSens.pdf> (consulté le 20/05/2013).

¹¹ NADOT, M.. *Colloque 4, Médiologie de la santé : Une méta-théorie issue des traditions de langage* [en ligne]. < <http://www.heds-fr.ch/Documents/Colloque%204%20Médiologie%20de%20la%20santé.pdf> >. À la Haute École de Santé de Fribourg, le 10 Septembre 2009. (consultation le 25/04/2013)

manière à fluidifier l'organisation des services. Un deuxième aspect correspond à celui du contrôle qui permet de s'assurer qu'il s'agit du "bon" patient, ou de la conformité et de l'efficacité des soins. Ensuite, vient l'enregistrement, afin de garder une traçabilité des soins effectués, mais il permet également d'établir des statistiques (outil fortement utilisé dans une période de crise et permettant de justifier les crédits financiers). Le dernier aspect de cette catégorie, selon NADOT, et non des moindres, est le fait d'accueillir, d'informer et de rassurer les patients et leur entourage.

- Selon le groupe : La gestion du groupe est un aspect important du rôle infirmier. Elle consiste à organiser le travail selon les différents intervenants médicaux, paramédicaux, et non soignants. Il faut également gérer les aspects espaces et temps : l'espace de travail, mais aussi l'espace de discussion avec le personnel et avec le patient et sa famille ; la gestion du temps pour accomplir le travail soignant, pour dégager du temps pour le repos du patient et pour les visites de ses proches. Le dernier aspect de ce point est d'assurer la relève professionnelle, dans la pratique des transmissions orales ou écrites pour assurer la continuité des soins.
- Selon le lieu : Ce point correspond à l'entretien des locaux de soins et aux règles d'hygiène et d'asepsie qui y sont appliquées. Mais il correspond aussi à la logistique et à l'aspect économique de l'activité soignante ainsi qu'au maintien de l'organisation du service. Le dernier aspect de ce point est relié au nettoyage des surfaces de travail et à l'entretien des locaux.

1.3.2 – la culture médicale :

- Selon l'humain : Selon Nadot, l'infirmier est un « informateur du corps médical », dans le sens où il se trouve à un poste qui lui permet de transmettre aux médecins toutes les informations, tous les symptômes et toutes les réactions du patient. Le rôle de l'infirmier ne s'arrête pas là car il est aussi « l'apporteur de la prescription » : il est en charge de la délivrance,

de la surveillance, du contrôle de l'efficacité et de la réévaluation du traitement.

- Selon le groupe : La gestion de groupe selon l'aspect médical, correspond à l'organisation des visites médicales. Le rôle de l'infirmier sera également de coordonner les groupes, de transmettre les informations soit au corps médical, soit aux autres professionnels, et de constituer les dossiers de soins.
- Selon le lieu : l'aspect médical, concernant les lieux de soins, se traduit par l'entretien des dispositifs médicaux et à l'organisation stratégique des équipements. De cette manière, l'infirmier travaille dans un effort de développement de la qualité.

1.3.3 – la culture non-médicale ou la culture du

« prendre soin » :

- Selon l'humain : Cet aspect de la culture soignante est orientée vers l'art de soigner de manière non-médicale. Il fait référence au rôle propre du travail infirmier. Il s'agit ici du « prendre soin » et de la préservation de l'autonomie, de l'accompagnement de la vie et de l'accompagnement de la vie jusqu'à la mort. Il consiste également au soulagement, non-médical de la douleur. Enfin, il est défini par la prévention des maladies et par l'éducation à la santé du patient.
- Selon le groupe : L'infirmier a un rôle de protection du groupe, dans la préservation de son identité et dans la protection de son appartenance, ainsi que dans la préservation des liens avec l'entourage. Mais son rôle consiste aussi dans la gestion des situations conflictuelles avec le groupe ou dans la gestion de l'isolement du patient.
- Selon le lieu : Dans le lieu de soin, il est nécessaire qu'un espace de vie soit maintenu. Il s'agit de réussir à créer une « bulle » dans laquelle le patient se sentira dans son espace personnel. Cet espace doit garantir la sécurité de tous

les biens de valeur, qu'il s'agisse de biens ayant une valeur matérielle ou de biens ayant une valeur immatérielle.

Le modèle de Michel NADOT est intéressant car il rend au travail infirmier ses lettres de noblesse. Nous voyons, au travers de celui-ci, un travail dont l'ampleur est parfois méconnue ou sous-estimée. Au cours de la formation en soins infirmiers, les cadres de santé en charge de l'enseignement ne cessent de répéter aux étudiants infirmiers, que le soin ne comprend pas uniquement les soins techniques mais qu'il est plus profond. En effet, toujours selon les formateurs de l'IFSI (de Dijon), « n'importe qui peut, par exemple, effectuer une prise de sang, si nous lui apprenons le geste ». Le soin nécessite d'investiguer davantage, de voir comment le patient vit le soin, dans sa communication verbale et non-verbale. Le soignant doit également connaître les tenants et les aboutissants des soins qu'il met en place, ainsi que les raisons associées aux soins.

2 – LE SOIN :

2.1 - DÉFINITION :

Le dictionnaire de soins infirmiers publié en 2005 donne une définition du soin, celui-ci consiste en une « action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour soigner autrui »¹².

D'après le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales¹³, l'origine du mot « soin » est floue. Il proviendrait de plusieurs origines.

D'une part de « Sunnis » qui vient du latin médiéval et signifie « empêchement de comparaître », apportant le sens de « devoir s'arrêter de faire quelque chose car une affaire requière toute l'attention ».

D'autre part, il vient du mot « Sunnia » qui signifie « souci » et du verbe « Sunjôn » qui signifie « s'occuper de, se soucier de ».

¹² COUDRAY, M-A. Les soins infirmiers en France aujourd'hui : problèmes et perspectives. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 2008, n°93, p. 49.

¹³ CNRTL. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* [en ligne]. <<http://www.cnrtl.fr/etymologie/soin>> (consulté le 01/05/2013).

Enfin, il existe une hypothèse selon laquelle « soigner » et « songer » auraient la même étymologie « Somniare » qui signifie « rêver, avoir un songe, voir en rêve, rêver que » ; c'est un travail sémantique autour du verbe « songer » qui est à l'origine de cette étymologie et qui rapproche les trois concepts « penser/soigner/songer » dans lequel « soigner » serait un intermédiaire entre « penser » et « songer ».

Nous parlons souvent dans les soins infirmiers de « dérouler son soin » et de « penser le soin » avant de se rendre auprès du patient. Les formateurs de L'IFSI (de Dijon) aiment nous rappeler qu'« avant de panser, il nous faut penser !!! ». En effet, ce qui encadre le soin est notre faculté à visualiser et à penser au soin afin d'être en accord avec le protocole, mais aussi, afin de réfléchir à sa cohérence avec l'organisation du service, avec la prescription, avec l'éthique mais surtout avec le patient.

Toujours selon le CNRTL¹⁴, nous pouvons attribuer deux états au soin, il peut être soit dans l'idée (ou l'intention), soit dans l'acte.

2.2 - LE SOIN DANS L'INTENTION :

L'idée du soin signifie qu'une personne porte ou attache son esprit ou ses pensées à une chose en particulier qui réclame toute son attention. Par exemple : « *Tes enfants et moi, nous serons sans cesse autour de toi pour te convaincre de nos soins et de notre amour* (NAPOLÉON Ier, *Lettres Joséph.*, 1796, p. 32) »¹⁵.

Ce type de soin révèle aussi l'aspect de « souci » : avoir une préoccupation pour une situation, un objet ou une personne. Nous pouvons même parler ici de « sollicitude », qui est une attention particulière et complète pour quelque chose, ou plutôt quelqu'un comme une mère a de la sollicitude pour ses enfants. Dans l'article cité précédemment, Marie-Ange COUDRAY, Directeur des soins, conseillère pédagogique nationale, attachée au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, attire l'attention du lecteur sur le fait que le soin est « intention » avant d'être « attention », c'est à dire qu'il y a une nécessité d'implication du soignant. Le soin est pensé, pas

14 CNRTL. *op. Cit.* [en ligne]. <<http://www.cnrtl.fr/definition/soin>> (consulté le 01/05/2013).

15 CNRTL. *Loc. Cit.* [en ligne]. <<http://www.cnrtl.fr/definition/soin>> (consulté le 01/05/2013).

uniquement dans le sens de l'organisation du soin, mais avant tout dans le sens d'avoir le « souci » du soin, et d'avoir cette pensée de vouloir soigner, de prendre soin et de sollicitude.

Cet aspect est aussi celui de l'organisation. Penser avant l'action permet d'être cohérent avec l'organisation de l'espace et du temps du service, cohérent avec le patient et sa famille, cohérent avec l'administration et les partenaires médicaux et non-médicaux. Penser à la manière de se conduire envers une personne qui est systématiquement différente de soi, et à ce que l'on va pouvoir lui apporter.

2.3 - LE SOIN, LA PRATIQUE :

La notion de soin dans l'acte est « une occupation, responsabilité qu'une personne doit assumer »¹⁶. Cette définition donne l'importance du soin comme étant une action ou un travail à accomplir.

En France, le soin est régi par le code de la santé publique.

L'article R.4311-2 donne la définition légale de la profession infirmière. Les soins ont pour but :

« de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale[...] De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil d'information[...] De participer à l'évaluation du degré de dépendance[...] De contribuer à la mise en œuvre des traitements[...] De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et à la détresse physique et psychique des personnes[...] et d'accompagner[...] »¹⁷

Cette définition est constituée de verbes d'action qui insistent sur l'ampleur du soin, protéger, maintenir, restaurer, participer... Tous ces verbes montrent le rôle crucial de l'infirmier, ainsi que son exigence et sa responsabilité. Ils nécessitent une prise de conscience et une volonté d'agir pour autrui.

¹⁶ CNRTL. *Loc.cit.* [en ligne]. <<http://www.cnrtl.fr/definition/soin>> (consulté le 01/05/2013).

¹⁷ FRANCE. Ministère de la santé et des sports. Article R4311-2 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. *SEDI*. p. 196.

Ces deux notions nous rappellent que le soin est ouvert à tous et qu'il nécessite un engagement. Pour autant, peut-on soigner tout le monde ? Comment soigner une personne dont les convictions, la façon de vivre ou de voir le monde et sa santé sont à l'opposé de la culture personnelle et soignante de l'infirmier ? Ne peut-on trouver sur ce pont interculturel dont parle Jean WATSON, un espace où l'on peut soigner ?

2.4 - PRENDRE SOIN :

Le « prendre soin » est une association du soin dans l'idée (ou l'intention) et du soin dans la pratique. L'un ne peut aller sans l'autre, car l'un donne sens à l'autre. Lors des admissions orales, à l'examen d'entrée des IFSI il est souvent question de ce soin « dans l'idée » ; en effet, les motivations du candidat sont souvent exprimées autour de la volonté « de prendre soin de l'autre », « d'être là pour une personne qui souffre », ou « pour se sentir utile ». Mais le travail soignant est plus vaste qu'une simple intention, et l'expérience ou la charge de travail nous font parfois perdre de vue l'intention du soin., or, nous l'avons vu précédemment, le soin est d'abord pensé.

Afin de pouvoir conserver cette association, un outil a été mis en place dans les services de soins : l'analyse de la pratique, car elle permet en effet de revenir sur notre pratique effective, sur nos motivations et surtout sur nos difficultés. Prendre du temps pour analyser ses propres réactions face à un fait qui n'est pas familier, permet d'abaisser ses défenses personnelles, et de créer progressivement l'espace de soin suffisant. C'est en cela que Larry PURNELL désigne le passage de « conscient incompetent » à « conscient compétent ».

Le « prendre soin » signifie également que le soin est apporté à une personne, celle-ci est l'objet du soin, et non l'objet de soin. Elle est l'objet du soin dans le sens où les objectifs du soin sont ceux de l'article R4311-2 cité précédemment. Cependant elle n'est pas objet de soin car cette personne est faite de « chair et d'os », elle a des sentiments, une volonté, des croyances et des valeurs, c'est un modèle culturel unique qu'il faut appréhender dans son ensemble si l'on veut réellement « prendre soin ». Une fois que le « prendre soin » est intentionné, c'est par l'expérience qu'il devient compétent.

3 – L'ADAPTATION :

3.1 - DÉFINITION :

Le dictionnaire encyclopédique LAROUSSE¹⁸ définit l'adaptation comme une action. Celle-ci permet d'ajuster une chose à une autre chose ou à quelqu'un. C'est, dans un second temps, l'action de s'adapter soi-même.

Pour le dictionnaire HACHETTE¹⁹, l'adaptation est en plus « la transposition d'une œuvre à la scène ou à l'écran ».

Le CNRTL²⁰ nous donne plusieurs définitions intéressantes selon le domaine abordé : d'un point de vue philosophique et psychologique, l'adaptation est une « Modification des fonctions psychiques de l'individu qui, sans altérer sa nature, le rend apte à vivre en harmonie avec les nouvelles données de son milieu ou d'un nouveau milieu ». D'un point de vue biologique c'est un « état naturellement approprié » ou un fonctionnement qui permet aux organes ou à un être vivant de s'adapter à un nouvel environnement. Enfin, sur le plan économique et social, l'adaptation permet d'être en conformité avec une mentalité ou une situation.

Par ces différentes définitions, nous pouvons constater que l'adaptation est un processus, une démarche. Comme pour toute action, celle-ci demande un engagement, une volonté de la part de celui qui initie l'action.

3.2 - LES DIFFÉRENTS BESOINS D'ADAPTATION :

Comme nous l'avons vu précédemment, s'adapter demande un investissement. Cela nécessite de savoir quelle(s) adaptation(s) mettre en place. En effet, plusieurs types d'adaptation peuvent être distingués.

¹⁸ Le dictionnaire encyclopédique des noms communs. France : Larousse, 1994. p. 38.

¹⁹ Dictionnaire Hachette. Hachette Livre. Paris : 2002. p. 16.

²⁰ CNRTL. *Loc.cit.* [en ligne]. <<http://www.cnrtl.fr/definition/adaptation>> (consulté le 04/05/2013).

- L'adaptation culturelle : Comme explicité plus haut, la culture est un élément influençant la communication. Il faut que celui qui soigne ait une prise de conscience de l'autre dans tout son ensemble. Il lui faut un « désir culturel » qui le poussera à entrer dans une démarche culturellement enseignable, comme l'explique Josepha CAMPINHA-BACOTE²¹. Il lui faut des rencontres culturelles qui permettront d'aiguiser sa compétence culturelle ou interculturelle. Mais cela demande une ouverture à l'autre, une adaptation à ce que le patient dit, à ce qu'il fait ou à ses réactions. S'adapter, dans ce sens, c'est s'abstenir de tout jugement et comprendre que l'autre a une façon de penser différente, sans altérer la prise en charge soignante.

- L'adaptation politique et économique : Dans les théories du professeur NADOT²² à propos du « médiologue », terme qu'il a choisi pour qualifier l'infirmier, il nous rappelle que ce dernier est un intermédiaire entre trois systèmes : celui du patient, celui du médical et celui de l'institution. Le soignant doit à la fois répondre aux besoins du patient et suivre les directives de l'institution qui, dans un souci de rentabilité, souhaite une prise en charge la moins longue possible. Cette situation, plus présente en période de crise économique, réclame une adaptabilité de la part des soignants afin de persévérer et de s'épanouir dans leur profession.

- L'adaptation aux nouvelles techniques et aux nouvelles technologies : Les technologies ont connu une évolution fulgurante depuis la seconde guerre mondiale. L'hygiène ne cesse de s'améliorer depuis l'invention du microscope électronique et des techniques de laboratoire, l'imagerie médicale, avec la radiographie, le scanner et l'Imagerie par Résonance Magnétique, permet, aujourd'hui, une observation approfondie du corps humain. Mais cette avancée technologique a un coût, lorsque nous effectuons des découvertes il nous faut nous remettre à niveau et être formés. Au fil du

21 Transculturalcare. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services* [en ligne]. <http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm> (15/05/2013).

22 NADOT, M. Médiologie de la santé [en ligne]. <<http://www.recss.ch/docs/mdls.pdf>> (15/05/2013)

temps nous revenons même sur des pratiques que nous pensions justes afin que nos techniques soient toujours actualisées.

- L'adaptation au temps : Un service de soins est une institution qui, la plupart du temps, doit fonctionner sans interruption, vingt - quatre heures sur vingt - quatre, sept jours sur sept et durant les douze mois de l'année. Ce rythme impose une organisation particulière et un roulement d'emploi du temps pour les professionnels. En outre, l'organisation journalière peut induire un fonctionnement différent suivant le découpage des journées par tranches de huit heures, dix heures ou douze heures de travail. De plus, une journée est composée d'un certain nombre d'éléments de soin : entrée/sortie des patients, soins des différents intervenants, temps de transmissions orales et écrites, temps de pause des professionnels... L'infirmier doit apprendre à être efficace dans le temps qui lui est imparti. Si nous observons une journée dans un service de soins et si nous nous concentrons en particulier sur le domaine du relationnel, nous pouvons remarquer que le temps passé par un infirmier auprès d'un patient est relativement court (toutes situations exceptionnelles ou d'urgences exclues). Cela signifie-t-il pour autant que les soins seront de mauvaise qualité ? Il va de soi que non. Un professionnel de soins (du CHU de Dijon) disait : « ce qui compte pour un patient est la disponibilité du soignant, ce temps peut être de courte durée. Si le soignant porte une réelle attention au patient, ce dernier aura le sentiment d'être au centre du soin. »²³. La compétence culturelle est dans ce cas un support qui permet l'adaptation du soignant.

D'autres sujets d'adaptation pourraient être évoqués, mais l'important est de comprendre que la compétence d'adaptation s'acquiert avec l'expérience du soin. Elle peut être difficile à identifier pour le soignant et même être effrayante lorsque nous sommes en contact avec des valeurs, des croyances ou des cultures différentes. Cependant, dans la définition du CNRTL²⁴ du point de vue philosophique nous pouvons constater que l'adaptation ne signifie pas une perte d'identité. Cette notion est importante car s'ouvrir à

23 Entretien informel avec un infirmier durant un stage sur le site du CHU Bocage Central de Dijon. MAI 2013.

24 CNRTL. *Loc.cit.* [en ligne]. <<http://www.cnrtl.fr/definition/adaptation>> (consulté le 04/05/2013).

l'autre, dans une démarche professionnelle de qualité, ne signifie pas qu'il faille sacrifier ce en quoi nous croyons, ni nos valeurs propres, ni celles professionnelles, mais au contraire elle nous permet de nous enrichir.

III – CONCLUSION :

Ayant pris comme point de départ une situation mélangeant des éléments tels que la culture, le relationnel et le domaine des prescriptions et protocoles des soins, ce travail a révélé une profondeur inattendue. En effet, la situation d'appel paraissait parler d'elle-même. Nous nous sommes questionnés sur la problématique de cette dernière, en pensant qu'il s'agissait simplement d'expliquer les raisons des différentes réactions des intervenants, et comment remédier à ce genre de difficulté.

Il n'en est rien !

L'individu, dans son unicité, réagit selon les filtres de son identité. Celle-ci est directement liée à son éducation, à ses connaissances, à son environnement, à ses valeurs et ses croyances ainsi qu'aux expériences vécues tout au long de sa vie.

En cela, ce travail fut intéressant, car le relationnel et la communication sont une mer dont l'immensité nous donne à croire que l'on ne finira jamais d'acquérir des connaissances sur ce que l'Autre est.

Par l'étude d'auteurs célèbres dans le milieu de la santé ou autre, (la plupart ont été cités, d'autres non, tel que Thierry WELLHOFF (auteur du livre : *Les valeurs, Donner du sens - Guider la communication – Construire la réputation*, ouvrage sur la gestion d'entreprise), ce travail nous a permis de comprendre que pour dépasser des difficultés il ne faut pas s'arrêter simplement aux compétences et aux valeurs du soignant. Le processus d'adaptation du soignant et de son soin, ainsi que la prise de conscience et la connaissance culturelle, sont des outils utiles s'ils sont utilisés avec intelligence.

L'étude successive des auteurs et des définitions nous conduit dans une direction qui pourrait davantage s'appuyer sur la sémantique du soin ou sur sa didactique.

La sémantique s'attacherait à comprendre les sens du soin, ses impacts et l'image qu'il véhicule, tandis que la didactique porterait sur le questionnement autour du soin, son enseignement, sa transposition aux situations concrètes ainsi qu'à ses frontières pensées, évaluées et réajustées pour une pratique toujours améliorée.

La pratique professionnelle infirmière reste indéniablement interrogeable ; en effet, il s'agirait de mesurer si la compétence culturelle est un outil utilisé aujourd'hui, dans l'expression de notre culture soignante, au sein de cet espace interculturel qu'est le soin.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGE :

- CAMILLERI C., COHEN-EMERIQUE M., (sous la dir. De -), *Chocs de cultures: Concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, Paris : L'harmattan, 1989, 398 p.
- Le dictionnaire encyclopédique des noms communs. France : Larousse, 1994. 1104 p.
- Dictionnaire Hachette. Hachette Livre. Paris : 2002. 1858 p.

ARTICLES ET COLLOQUES :

- HAGAN, A. La compétence culturelle des infirmières. *Cahier METISS*, hiver 2007, volume 2, numéro 1. Montréal : Centre de recherche et de Formations, Centre de santé et de services sociaux de la Montagne, 51 p.
- COUTU-WAKULCZYK, G. Pour des soins culturellement compétents : Le modèle transculturel de PURNELL. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, N°72, p. 34-47.
- COUDRAY, M-A. Les soins infirmiers en France aujourd'hui : problèmes et perspectives. *Recherche en soins infirmiers*, Juin 2008, n°93, p. 49-55.
- NADOT, M. Au commencement était le « prendre soin », *SOINS*, Novembre 2005, n°700, p. 37-40.

SITOGRAPHIE :

- CNRTL. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne]. < <http://www.cnrtl.fr/definition/culture> > (consulté le 24/04/2013).
- CNRTL. *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* [en ligne]. < <http://www.cnrtl.fr/etymologie/soin> > (consulté le 01/05/2013).
- CNRTL. *op. Cit.* [en ligne]. < <http://www.cnrtl.fr/definition/soin> > (consulté le 01/05/2013).
- CNRTL. *Loc.cit.* [en ligne]. < <http://www.cnrtl.fr/definition/adaptation> > (consulté le 04/05/2013).

- CURRENT NURSING. Open access nursing research and review articles [en ligne]. <http://currentnursing.com/nursing_theory/transcultural_nursing.html> (consulté le 24/04/2013).
- College of Nurses of Ontario (CNO). La prestation de soins adaptés à la culture [en ligne]. Directive professionnelle. Juin 2009. p. 3. <http://www.cno.org/Global/docs/prac/51040_CultureSens.pdf> (consulté le 20/05/2013).
- Transculturalcare. *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services* [en ligne]. <http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm> (15/05/2013).
- NADOT, M. Médiologie de la santé [en ligne]. <<http://www.recss.ch/docs/mdls.pdf>> (15/05/2013).
- CAMPINHA-BACOTE, J. *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services* [en ligne]. <http://www.transculturalcare.net/Cultural_Competence_Model.htm> (consulté le 15/04/2013).

OUVRAGES CONSULTÉS, NON CITÉS :

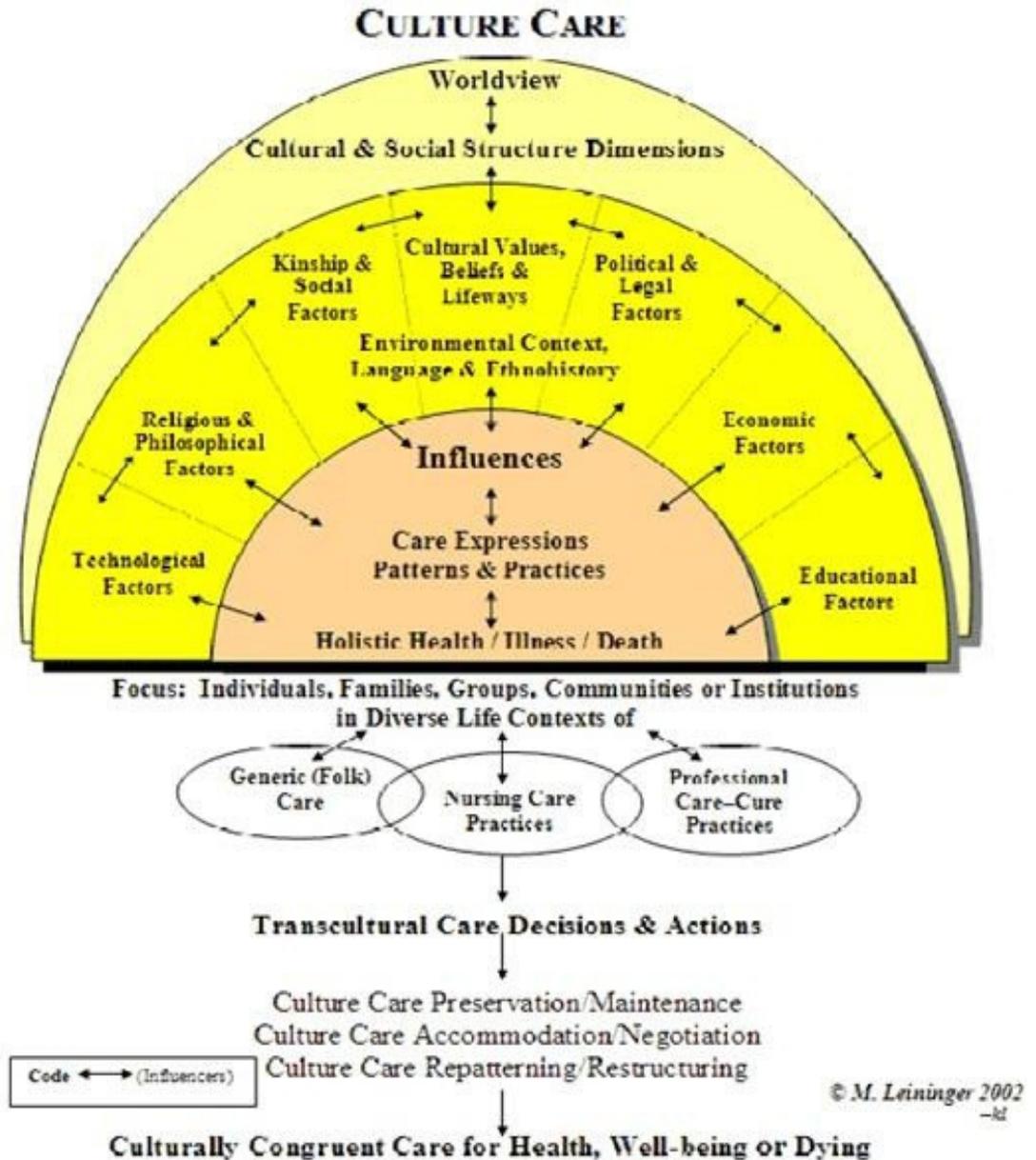
- TISON, B. (2007), *Soins et cultures : Formation des soignants à l'approche interculturelle*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 247 p.
- Attias-Donfut, C. (2006), *L'enracinement : enquête sur le vieillissement des immigrés en France*, Armand colin,. 155 p.
- WELLHOFF, T. (2011), *Les valeurs : Donner du sens – Guider la communication – construire la réputation*, Paris : Eyrolles, 198 p.
- DEPAUW, J. S'initier à l'approche interculturelle du soin. *L'AIDE SOIGNANTE*, Novembre 2011, n°131, p.27-29.
- DAIGLE, J. Devenir infirmière: les modalités d'expression d'une culture soignante au Xxe siècle. *RECHERCHE FÉMINISTES*, 1991, volume 4, N°1, p. 67-86. <<http://www.erudit.org/revue/rf/1991/v4/n1/057630ar.pdf>> (consulté le 25/05/2013).

ANNEXES

ANNEXE I :

Modèle de soins transculturel de Madeleine LEININGER²⁵

Leininger's Sunrise Enabler for the Theory of Culture Care Diversity and Universality



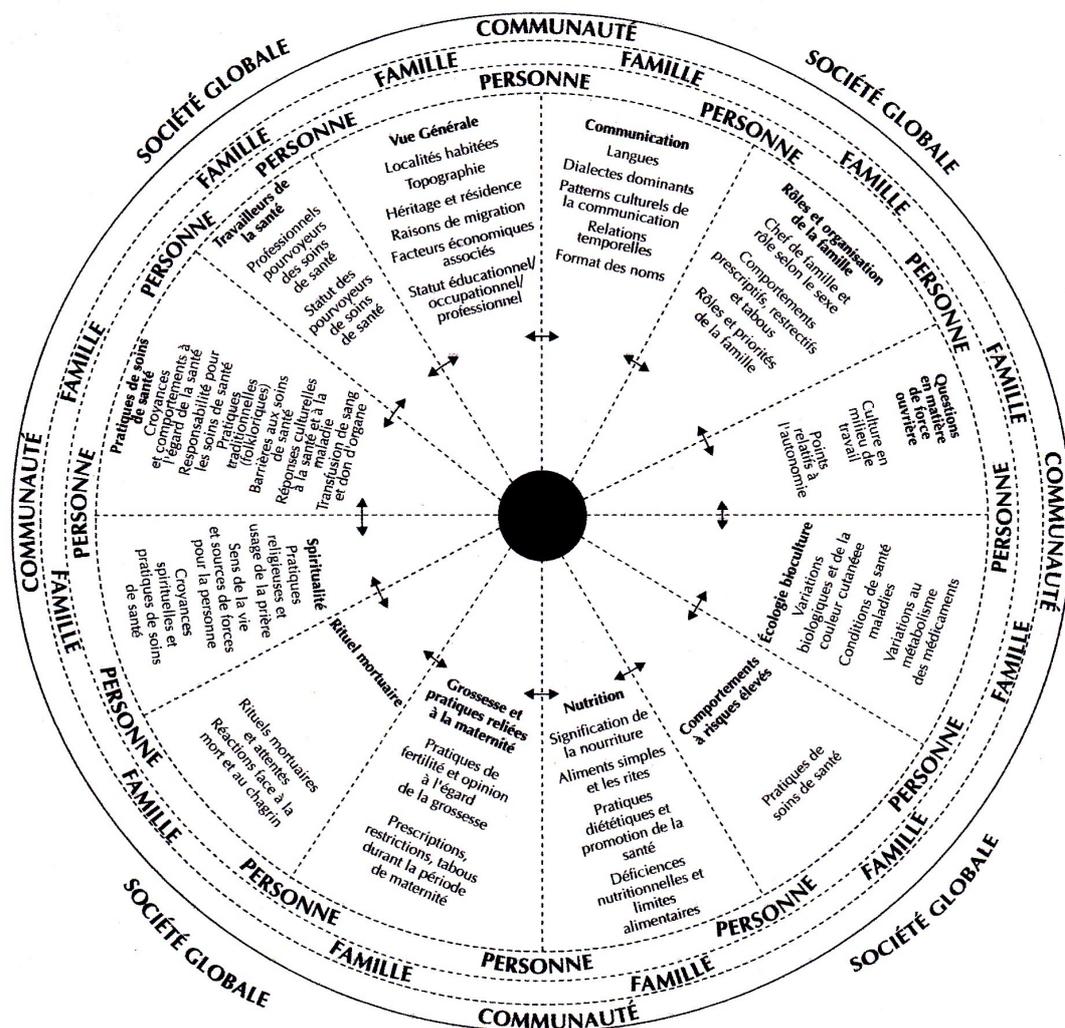
²⁵ nursingtheories.blogspot, Nursing theories [en ligne].

<<http://nursingtheories.blogspot.fr/2011/07/leiningers-theory-of-culture-care.html>> (consulté le 21/04/2013).

ANNEXE II :

THE PURNELL MODEL OF CULTURAL COMPETENCE²⁶

Modèle Transculturel de Purnell : Compétence Culturelle



Inconsciemment
incompétent

Consciemment
incompétent

Consciemment
compétent

Inconsciemment
compétent

Adapté avec la permission de L. Purnell, Newark, Del., Traduit par G.Coutu-Wakulczyk, 1999

Figure 1

26 COUTU-WAKULCZYK, G. Pour des soins culturellement compétents : Le modèle transculturel de PURNELL, *Recherche en soins infirmiers*, n°72, Mars 2003, p.36.

TITRE DU TRAVAIL ECRIT : LORSQUE LA CULTURE PROFESSIONNELLE EST OUTIL DE SOINS.

RÉSUMÉ: Ce travail de mémoire a pour objet la compréhension des difficultés qui sont parfois rencontrées au détour des soins infirmiers. Une situation d'appel basée sur la culture soignant/soigné pose la postulat que le manque de compétence culturelle est peut-être un frein à la communication.

En se basant, entre autres, sur les écrits de Madeleine LEININGER, Josepha CAMPINHA-BACOTE ou Michel NADOT, nous avons constaté que la compétence culturelle est une affaire de rencontres culturelles, de temps et de volonté. À travers nos recherches nous avons remarqué que les travaux sur la culture sont relativement nombreux et complets outre-atlantique permettant ainsi de travailler la compétence culturelle infirmière.

La réalité du terrain de soins nous rappelle que des difficultés subsistent. Cependant, au regard des différents travaux réalisés, la culture ne sert peut-être qu'à mettre en exergue un problème sous-jacent lié plutôt au domaine des compétences du soignant. Nous nous posons donc cette question à savoir : est-ce que nos difficultés ne relèverait pas de la compétence d'adaptation du soignant ?

ABSTRACT : This work of research is about difficulties in nursing care. A cultural situation between a nurse and a patient is the starting point of the following hypothesis : the lack of cultural skills can prevent communication.

This analysis is based, among other writers, on the work of Madeleine LEININGER, Josepha CAMPINHA-BACOTE and Michel NADOT. We can see that cultural skills are developed throughout cultural encounters, experiences and willpower. Through our research we can note that there are many publications across the Atlantic that are complete, and which enable us to develop cultural skills in the nursing field.

The actual situation in the nursing field shows that difficulties remain. However, according to the different publications, culture highlights another issue linked to the competence of nurses. Finally, we ask the following question : aren't these difficulties linked to adjustment skills?

MOTS CLEFS : compétence culturelle, soins infirmiers, communication, difficultés, compétence d'adaptation.

AUTEUR: GOUJON Alexandre

PROMOTION: 2010 – 2013

IFSI CHU DIJON 12, boulevard Maréchal de Lattre de Tassigny 21079 DIJON cedex