

Institut de formation en soins infirmiers
Hôpital G. Marchant
134, route d'Espagne
31057 Toulouse

LA RELATION INTERCULTURELLE à L'HÔPITAL

Travail de fin d'étude conduisant au diplôme d'état d'infirmière

Beghennou Aurore

Promotion 2008-2011

Institut de formation en soins infirmiers
Hôpital G. Marchant

134, route d'Espagne
31057 Toulouse

LA RELATION INTERCULTURELLE à L'HÔPITAL

Travail de fin d'étude conduisant au diplôme d'état d'infirmière

Beghennou Aurore

Promotion 2008-2011

Je remercie toutes les personnes qui m'ont aidé à réaliser mon travail de fin d'étude.

Mme Audoire, ma guidante, pour ses conseils avisés.

Les professionnels de terrain pour leur disponibilité.

Mes amis et mes proches pour leur soutien et leur patience.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION.....	1
CONSTAT.....	2
1. PHASE EXPLORATOIRE :.....	4
 SYNTHESE DE LA PHASE EXPLORATOIRE :.....	12
2. PÔLE THEORIQUE.....	13
 SYNTHESE DU PÔLE THEORIQUE ET EMERGENCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....	20
CONCLUSION.....	22
I. BIBLIOGRAPHIE.....	23
ANNEXES.....	26

INTRODUCTION

Ce travail de fin d'étude est l'aboutissement d'un an de recherche sur un thème toujours d'actualité et qui présente un intérêt certain dans notre pratique professionnelle : la prise en soin des patients de cultures différentes. En effet, à l'image de notre société, l'hôpital est un lieu multiculturel, dans le sens où plusieurs cultures se doivent d'entrer en relation. Elles se rencontrent dans un contexte de souffrance et de maladie, ce qui peut engendrer parfois des situations conflictuelles. Lors de mes stages, j'ai été confronté à ces situations. Je me suis donc posé de nombreuses questions par rapport à la prise en soin de ces patients dans un secteur hospitalier.

Avant de commencer mes recherches sur ce sujet, j'avais conscience de l'importance de considérer chaque patient comme une personne unique, et que sa prise en soin se devait d'être individuelle et adaptée. Or, les situations relevées lors de mes stages me semblaient éloignées de ma vision du soin, c'est en cela qu'elles m'ont interpellée.

J'ai donc eu envie de me documenter sur le sujet, et de comprendre pourquoi la différence pouvait engendrer de telles réactions de la part des soignants.

Dans ma phase exploratoire, j'ai fait le tour de la question avec comme fil conducteur, la recherche des facteurs pouvant entrer en jeu dans cette relation. J'ai étayé mes recherches documentaires, avec quatre entretiens réalisés auprès de professionnels de terrain afin de recueillir leur ressenti autour des difficultés que ces rencontres pouvaient engendrer et quelles compétences pouvaient être mobilisées dans la construction d'une relation de soin. Mon pôle théorique précise la notion d'interculturalité, au travers des compétences que l'infirmier peut acquérir afin d'adapter la prise en soin des patients. Je terminerai cette partie de mon travail avec un éclairage sur ce que pourrait être la démarche interculturelle.

CONSTAT

Dès le début de la formation en soins infirmiers, lors de différents stages, j'ai eu l'occasion de rencontrer des patients de cultures différentes. Face à des situations de soins qui ont pu être complexes, de nombreuses questions m'ont poussée à approfondir mes recherches sur le sujet. C'est au travers de deux situations vécues aux urgences que mon travail de fin d'étude trouve son point de départ.

Ma première situation se passe lors de mon stage de deuxième année aux urgences, nous avons accueilli M. D, 35 ans, appartenant à la communauté des gens du voyage, pour suspicion de rubéole. Pendant l'entretien d'accueil, la famille restait présente malgré les demandes répétées de l'équipe de sortir de la chambre du fait de la contagiosité. Suite à l'admission de M. D, une dizaine de personnes est arrivée entraînant un non-respect des consignes d'isolement. Un des membres de la famille nous expliqua qu'ils ne pouvaient laisser un des leurs souffrir seul et que tout le monde se devait d'être présent. Pendant les transmissions avec l'équipe de l'après midi, l'infirmière dit : « chambre 109, c'est un gitan qui a la rubéole, comme à chaque fois, toute la famille est présente dans la chambre et ils ne veulent pas partir, de toute façon il n'y a pas de soin particulier à lui faire, il sera transféré dans un autre service dans l'après midi ». Rien de plus...

Les propos de l'infirmière sur ces personnes en situation d'inquiétude face à leur proche hospitalisé, m'ont mise mal à l'aise. En discutant avec d'autres étudiants de la promotion, je me suis aperçue que de telles réactions de l'équipe revenaient souvent quel que soit le terrain de stage. Je me suis donc interrogée sur ce qui se joue pour le personnel, l'entourage et le patient dans un contexte multiculturel. Est-ce un manque de connaissance, par rapport à cette culture, qui provoque de l'incompréhension? L'infirmière s'est-elle sentie déstabilisée face au refus de cette famille de respecter les consignes dans un lieu où la « culture médicale » prime? Comment la communication aurait pu s'établir pour que les soins puissent être faits à la fois dans le respect de cette culture et dans le respect des consignes?

Pendant ce même stage, j'ai eu l'occasion de prendre en charge, Mme B, femme algérienne de 80 ans, venue aux urgences pour des douleurs abdominales violentes depuis plusieurs jours. Elle comprend et parle peu le français.

Suite à la visite du médecin, l'infirmier doit lui administrer un normacol® lavement. Il lui explique le déroulement du soin. Mme B ne le regarde pas pendant son explication et s'adresse à moi pour poser ses questions.

Sensibilisée à la culture maghrébine, j'analyse la réticence de Mme B. face à ce soin comme une gêne découlant de la présence de mon collègue masculin. Ce constat m'incite donc à proposer à l'infirmier de me charger seule de ce soin. L'infirmier semble étonné par ma demande, bien que conscient que ce soin intime puisse mettre mal à l'aise quand il est effectué par un soignant de sexe opposé : il n'avait pas pris en compte la dimension culturelle qui majorait dans ce cas, la gêne de la patiente. Il accepte que je fasse ce soin sans lui.

Une fois le soin terminé, Mme B. me remercie et me dit que, par rapport à sa culture, cela l'a soulagé qu'une femme se soit occupée d'elle pour ce soin intime. Elle me confia qu'elle n'avait pas osé préciser à l'entrée qu'elle préférerait que ce soit une femme qui s'occupe d'elle, de peur de déranger.

Cette situation aurait pu engendrer un refus de soin, ainsi on peut se poser plusieurs questions: Pourquoi la patiente n'a pas osé exprimer ses besoins afin de mieux vivre son hospitalisation? Pourquoi l'infirmier n'a-t-il pas perçu la gêne de la patiente vis à vis de ce soin? Est-ce lié à un manque de connaissances, ou à un manque d'observation? Est-ce lié à ses représentations du malade et de la maladie?

Dans un contexte de pluralité culturelle, plusieurs questions peuvent se poser face à ces deux situations.

Quelle connaissance des diverses cultures doit avoir un soignant pour avoir une prise en soin adaptée à son patient quelque soit les pratiques de celui ci?

Comment prendre en compte la culture du patient sans que cela interfère dans l'organisation du service et dans la réalisation des soins?

Les représentations du soignant jouent-elles un rôle dans la prise en soin?

Ainsi comment peuvent s'articuler les représentations des soignants, la communication et les soins? Face à ces diverses interrogations, ma question de départ est : **En présence de différentes cultures en milieu hospitalier, quels sont les facteurs qui entrent en jeu dans la relation de soin entre l'infirmier(e)¹ et la personne soignée ?**

1 Dans l'ensemble du travail, le terme « infirmier » désigne aussi bien l'infirmier que l'infirmière.

1. Phase exploratoire :

Suite au constat, dans cette première partie, je vais d'abord donner une définition de la culture et ainsi faire le lien avec l'identité culturelle puis l'identité individuelle. Ensuite, je ferai un état des lieux des différentes cultures qui se rencontrent à l'hôpital, celle de l'infirmier, puis celle du patient, enfin, je parlerai de la spécificité de la relation de soin. Je finirai cette partie exploratoire avec l'analyse des entretiens réalisés auprès de professionnels.

1.1 La culture :

B. Tison² définit la culture « *comme l'ensemble des significations et des représentations qu'un groupe d'individus élabore, conserve et s'efforce de transmettre*³ ». Ainsi l'identité culturelle est la façon dont « *chaque individu intègre, de façon synthétique, la pluralité des références identificatoires qui sont liées à son histoire. L'identité culturelle renvoie à des groupes culturels de références dont les limites ne coïncident pas*⁴ ». L'individu tout au long de sa vie, est influencé par les diverses cultures qu'il va rencontrer et ainsi construire son identité culturelle.

Mais lorsqu'on parle de culture et d'identité culturelle, il faut avant tout revenir à la notion d'identité individuelle. Dans leur article, N. Vornax et P. Farman ont repris le travail du sociologue P. Tap (2004) qui définit l'identité individuelle comme « *un ensemble de représentation et de sentiments qu'une personne développe à son sujet*⁵ » et complètent cette notion à la lumière des apports du sociologue J-C. Kaufman (2004). L'identité permet à l'individu de se singulariser, de s'unifier. Dans leur article, les auteurs appuient sur le fait que des aspects de la culture peuvent se manifester dans cette identité et qu'il apparaît donc que l'identité individuelle a son fondement dans la culture. Nier la culture du patient lors d'un soin revient à nier l'identité individuelle.

Suite à ces premières définitions, je vais faire un état des lieux des différentes cultures qui entrent en contact au sein de l'hôpital.

2 Brigitte Tison est ethnologue, enseignant-chercheur au Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie de Paris V; elle a été puéricultrice en France et à l'étranger et anime des formations sur le thème de l'interculturalité en milieu hospitalier

3 TISON B., HERVÉ-DÉSIRAT E. Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle. Paris : Masson, 2007. p.20

4 CUCHE D., (1996), Ibid. p. 30

5 TAP P. cité par VORNAX N., FARMAN P. Soignés, soignants et représentations au pluriel: de la reconnaissance dans l'approche interculturelle de soins. *Perspectives soignantes*, Septembre 2008, n°32, p. 118

1.2 Culture et hôpital :

1.2.1 L'infirmier :

En plus de son identité individuelle et culturelle, le soignant se forge une identité professionnelle. Celle-ci se construit consciemment et inconsciemment.

1.2.1.1 Profession infirmière, un passé culturel:

La profession d'infirmier est emprunt d'un lourd passé culturel. Au départ, ce sont les ordres religieux féminins et masculins qui organisent les soins aux malades. Le soin est considéré comme "sacré", et reste bénévole.

Les écoles d'infirmiers sont créées à la fin du XIXe siècle (1878 à Paris), et c'est seulement en 1951 que le diplôme d'État infirmier voit le jour. Ces changements ont été induits par les deux guerres mondiales et les progrès des techniques médicales avec la nécessité d'infirmières formées à l'hygiène, à l'anatomie, à la physiologie, et aux techniques de soins... leur fonction était à l'origine purement technique.

Jusqu'au début des années 60 se mêlent dans les hôpitaux les infirmiers de la Croix-Rouge, religieuses et infirmiers sortant de l'école publique. Après mai 1968, la profession s'émancipe des principes religieux (soumission, obéissance, charité).

Il faut ensuite attendre la loi du 31 mai 1978 pour voir apparaître un nouveau statut infirmier avec un rôle propre, dès lors les actions des infirmières ne seront plus uniquement techniques, l'aspect relationnel faisant partie du soin.

1.2.1.2 Cadre législatif :

Ce n'est qu'en février 1993 que les règles de la profession sont entérinées par un décret de compétences, publié dans le code de la santé publique et modifié en 2004. Ce cadre législatif donne à l'infirmier les compétences pour s'occuper d'un patient dans sa globalité, « *en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* » (article R4311-2⁶). L'article R4312-25⁷ appuie également sur l'aspect culturel et religieux, en précisant le devoir de non discrimination du soignant.

De plus, l'infirmier est inscrit dans une culture du soin qui dépend de son lieu d'exercice : L'hôpital. La Circulaire du 2 février 2005 n° DH05/G/2005/57 définit la laïcité dans les établissements de santé. (Voir annexe III)

6 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique, voir annexe I

7 Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du code de la santé publique, voir annexe I

Elle pose les principes de liberté d'expression religieuse (à la condition que cela ne porte pas atteinte à la qualité des soins et aux règles d'hygiène, à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches, ainsi qu'au fonctionnement régulier du service). La neutralité du service public hospitalier, le libre choix du praticien (hors cas d'urgences) et la non discrimination d'un agent du service public sont également des principes exposés dans cette circulaire. La notion de liberté religieuse est aussi reprise dans la charte du patient hospitalisé dans la circulaire du 2 mars 2006 au point 8. (Voir annexe IV)

1.2.1.3 Les représentations des soignants : les soignants « relationnels » et les soignants « techniques » :

Par delà les décrets, la dimension humaine de cette profession amène l'infirmier à construire sa pratique en fonction de sa propre sensibilité et de ses représentations individuelles. Ainsi, bien que les professionnels aient comme objectif commun le rétablissement relatif du patient, ils privilégieront dans leurs pratiques les compétences techniques ou relationnelles avec souvent une volonté de combiner les deux champs. Toutefois, les soignants qui privilégient le côté technique gardent des représentations négatives quand à l'aspect relationnel dans la pratique d'un soin ; cette compétence, savoir faire et savoir être non quantifiables et peu palpables, est critiquée comme une perte de temps. A l'inverse, ces soignants « relationnels » peuvent considérer que les infirmiers « techniques » placent au second plan ce savoir être en se réfugiant dans la technicité.

1.2.1.4 La culture biomédicale :

En plus de la circulaire sur la laïcité, ce lieu de soin a aussi sa propre culture, souvent considéré comme savante. D. Le breton, anthropologue et sociologue, qualifie l'hôpital de « *huis clos structuré autour de la logique médicale*⁸ » qui fonctionne avec ses propres repères dont les significations peuvent être difficilement appréhendables par la majorité des patients, d'autant plus si l'écart culturel est grand entre le patient et l'hôpital. L'infirmier travaillant à l'hôpital est donc imprégné par cette logique médicale, appelée « *biomédicale* ⁹ ». Elle véhicule des représentations particulières de l'hygiène, de la maladie et du rôle du malade. Cela permet à l'infirmier d'avoir des repères pour s'occuper du patient. Mais selon l'anthropologue de la maladie A. Vega, le ressenti du patient par

8 LE BRETON D. hôpital et communication, *soins* N°670 p. 26

9 Ibid. p.26

rapport à sa maladie est dans cette logique, souvent laissé de côté. L'absence de lésions organiques ou de signes biologiques est ainsi interprétée comme l'absence d'une « *vraie maladie*¹⁰ ». Cette dimension peut faire partie des représentations des soignants.

Toutes ces données forment l'identité de l'infirmier. La conscience et l'articulation de ces paramètres vont lui permettre de construire sa pratique professionnelle.

1.2.2 Le patient :

L'individu qui vient à l'hôpital, se retrouve dans un lieu qu'il ne connaît pas et dans un contexte de maladie. Afin de faire baisser l'angoisse et la peur liée à cette hospitalisation, il se rattache à ses habitudes culturelles renforçant ainsi ses repères identitaires.

Le patient a ses propres représentations de la maladie, de la santé, du corps, etc... qui sont définies culturellement selon le groupe auquel il appartient. La maladie peut être interprétée sous l'angle de ses croyances, avec un point de vue fataliste par exemple. La maladie est une réalité signifiée et socialisée qui lie des facteurs individuels, sociaux et culturels. La maladie existe dans le sens que le patient lui donne. Il fait avec ce qu'il a appris de la maladie, selon les croyances qui lui ont été transmises, ses représentations, les normes et les attentes sociales. Ces connaissances forment des modèles de lectures et de conduites qu'il utilise pour se débarrasser des conséquences négatives en rendant compréhensible pour lui l'événement maladie et pouvoir l'intégrer dans sa vie. Par exemple, les sociétés judéo-chrétiennes rattachent la maladie à la notion de châtement divin, supportant ainsi la douleur sans vouloir que le soignant y remédie.

Les représentations que le patient a de sa maladie et des soins qui lui sont prodigués peuvent influencer sur son adhésion aux soins. Autre exemple, pour un patient d'origine africaine sub-saharienne, la prise de sang est considérée comme un acte qui va affaiblir le patient alors qu'il est déjà affaibli par la maladie ; il lui est difficile de comprendre pourquoi ce soin est nécessaire. Pour avoir l'adhésion du patient, il faut donner du sens au soin dans un langage et une symbolique qui lui est accessible.

La culture peut apparaître dans la pratique d'une religion, elle peut imposer des devoirs au patient qui ne sont pas compatibles avec l'hospitalisation ou l'état de santé du point de vue de l'équipe soignante.

10 VEGA A. *Soignants/soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris, Bruxelles: De Boeck Université, 2001. P. 19

Souvent, ces attaches culturelles amènent le patient à avoir des attitudes ou des comportements qui ne sont pas toujours compris et sont interprétés par le personnel soignant comme « étranges ».

La langue est également une composante culturelle. Si elle est différente, elle peut compliquer certains soins et majorer son angoisse s'il ne comprend pas l'univers dans lequel il est plongé.

1.3 La relation soignant / soigné :

M. Formarier, dans son article sur la relation de soin donne une définition de la relation comme étant une « (...) *accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations spécifiques*¹¹ »

Comme nous l'avons vu précédemment, l'écart peut être grand entre la culture du soignant et celle du soigné. A l'hôpital les interactions sont considérées comme « *asymétriques*¹²».

*« Il n'y a pas de symétrie dans les représentations, les attentes, les statuts, et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoires (les soignants) et des non initiés (les soignés) qui arrivent dans une micro culture, une organisation, des modes de communication qui leurs sont étrangers et qu'ils ne maîtrisent pas*¹³».

Le patient est couché, « *il a le devoir de se laisser faire, voir, toucher*¹⁴ ».

L'hôpital et son personnel, à travers leurs pratiques, mettent à mal son identité en le transformant en patient. Il perd ses vêtements et se vêtit d'une blouse, son emploi du temps est géré par le personnel soignant... « *Cette dépossession est d'autant plus difficile à vivre que la distance sociale et culturelle est grande entre le malade et les soignants qui l'entourent*¹⁵ ».

Les représentations que les patients ont des soignants entrent en compte dans la relation de soin. L'infirmier est souvent sollicité par les patients, parce qu'il est considéré comme la personne la plus accessible, même si leurs demandes ont un caractère médical.

Cette situation, si elle est répétitive, peut engendrer un ressenti négatif chez le soignant. Il ne peut répondre de façon satisfaisante alors qu'il y consacre du temps.

Cela peut être lié à la méconnaissance du statut et des compétences respectives de l'infirmier et du médecin.

11 HARTUP (1988) cité par FORMARIER M., *Recherche en soins infirmiers*, n°89, p.34

12 SORSANA (1999) cité par FORMARIER M., *ibid.*, p 35

13 *Ibid.*, p35

14 DOZOUL A.M., dossier :soins et diversité culturelle, *Objectifs soins*, p. 7

15 LE BRETON D., soins à l'hôpital et différences culturelles in *Chocs des cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*, p 166

Du côté du soignant, entrent dans la relation, ses propres facteurs identitaires, les représentations qu'il a des patients, et l'ethnocentrisme par rapport à sa pratique.

1.3.1 Les représentations des soignants :

Les représentations sont des « *connaissances socialement élaborées et partagées par les membres d'un même ensemble social et culturel*¹⁶ », elles vont permettre aux soignants d'intégrer des connaissances selon leur cadre de pensée. Les représentations permettent à l'individu de construire sa manière de penser et d'interpréter la vie quotidienne en fonction de ses valeurs. Elles vont donner au soignant la possibilité d'envisager la confrontation à la différence avant même d'être en présence du patient. Cela lui permet d'avoir une idée du comportement qu'il va pouvoir mettre en place. Mais les représentations peuvent aboutir à des catégorisations dont l'exemple le plus probant est le stéréotype. Il s'agit d'attribuer une idée préconçue à tout représentant d'un groupe, en l'utilisant comme un « prêt à penser ». Ce sont ensuite les préjugés, (positifs ou négatifs), qui influencent notre regard sur l'autre. La différence est propice à la projection de préjugés. L'utilisation de stéréotypes peut amener à des conclusions trop hâtives et à une incompréhension des attitudes et croyances de la personne soignée, le risque étant d'induire une incohérence entre les soins prodigués et les besoins réels des patients. Par exemple, le qualificatif de « syndrome méditerranéen » (expression bruyante d'un mal être, d'une angoisse, ou d'une douleur) peut être attribué, par les soignants, aux patients originaires de cette région. Il contraste avec le modèle valorisé par la société française qui est celui du contrôle du corps et la maîtrise de soi. Cela peut amener les soignants à catégoriser ces patients en termes de « mauvais malades », et à négliger leurs appels.

1.3.2 L'ethnocentrisme :

Ce sont une attitude et un jugement qui consistent à considérer les normes, valeurs, façon de faire et de vivre de son groupe comme étant celles de référence et donc à dévaloriser les autres. L'ethnocentrisme est une manifestation universelle (elle touche tous les individus) et inconsciente (elle s'impose à nous quand nous sommes confrontés à une situation dérangeante). Notre ethnocentrisme peut nous empêcher d'être attentif à ce qui nous est étranger. L'ethnocentrisme peut s'insinuer dans nos prises en soins, niant ce que le patient vit et ressent, niant ses représentations de la maladie, mais aussi en imposant des façons d'agir selon le modèle biomédical.

16 JODELET D. *Les représentations sociales*. Paris, PUF, 1989

Cela peut engendrer des conflits, des refus de soins, une inobservance thérapeutique de la part du soigné, et des jugements de valeur de la part des soignants.

Par exemple, comme elles le feraient au sein de leur communauté, certaines femmes africaines ne s'occupent pas de leur enfant après la naissance, laissant ce soin aux autres femmes de la communauté. Cela peut heurter les soignants, dans les services de maternité, et induire des jugements de valeur par rapport à cette passivité, ou encore, des interprétations en terme de dépression.

Dans la relation soignant/soigné, entrent donc en jeu, le rôle et le statut de chaque protagoniste, mais également les représentations et l'ethnocentrisme des soignants. Le soignant devra s'attacher à établir une relation « *symétrique*¹⁷ » avec des patients de différentes cultures, on la nommera alors relation interculturelle.

1.4 Analyse des entretiens :

Suite à mes lectures, j'ai réalisé une grille d'entretien (voir annexe V) afin d'identifier et d'argumenter les difficultés que les soignants peuvent rencontrer, de définir les compétences qui entrent en jeu, selon eux, dans la construction d'une relation de soin avec un patient de culture différente.

J'ai réalisé ces entretiens auprès de quatre soignants:

-IDE 1 : infirmier aux urgences depuis 2 ans et demi (32 ans)

-IDE 2: infirmière aux urgences depuis 4 ans (44 ans)

-SF 1: sage-femme en maternité, dans le service de suivi de grossesses pathologiques depuis 1 an (25 ans)

-SF 2 sage-femme en maternité, dans le service de suite de couche depuis 6 ans (33 ans)

Les quatre soignants dans leur pratique quotidienne sont confrontés à des patients de culture différente. Les difficultés énoncées par les infirmiers se situent à plusieurs niveaux.

La communication lorsque la langue est différente peut s'avérer compliquée pour l'explication des soins, et pour le vécu de l'hospitalisation.

« *La communication est importante et quand le langage diffère, un interprète devient vite obligatoire, il faut s'assurer que tout ce que l'on dit est clairement compris par le patient et l'entourage* » (IDE 2)

17 SORSANA (1999) cité par FORMARIER M., Op. Cit., p 35

Les principes religieux peuvent être également ressentis comme une difficulté à l'origine de refus de soins : par exemple, une femme musulmane refusant les soins fait par un homme. Dans le cas de soin lourd, la question du retard de soin est soulevée « *Une patiente qui est là pour une surveillance rapprochée, elle voulait faire une prière avant de brancher le monitoring, du coup il faut négocier, car la responsabilité du soignant peut être engagée* » (SF 1). Les quatre soignants ont tous été confrontés au refus de soin.

La gestion de l'entourage peut être également une difficulté supplémentaire, comme l'explique l'infirmier des urgences au sujet de la communauté des gens du voyage: « *le patient est en demande et il sait qu'il a besoin d'être soigné, il respecte les règles du service, mais l'entourage n'a pas toujours conscience de ça car ce n'est pas leur santé qui est en jeu.*»

Les soignants sont conscients d'avoir des représentations sur les patients : pour eux, elles leur permettent d'identifier de façon automatique les besoins du patient pour adapter la prise en charge à son arrivée, sans avoir à lui poser de question sur ses habitudes de vie ou culturelles. Une sage femme (SF1) explique : « *quand on voit le nom on sait déjà ce qu'il faut faire. Sans les avoir vu on les paramètre végétariennes (...) ça permet d'aller plus vite pour les démarches comme la commande des repas*». Les quatre soignants sont du même avis sur le fait que les représentations peuvent avoir une influence sur les soins. Pour que la qualité du soin ne soit pas remise en cause, ils utilisent des outils transférables à tous les patients. Deux entretiens citent l'exemple du syndrome méditerranéen comme une « *interprétation de ce qu'on voit (...) on ne devrait pas l'utiliser, pour éviter l'utilisation abusive de cette expression on utilise l'échelle visuelle analogique* » (IDE 1)

Au sujet de l'accueil, les soignants sont d'accord sur le fait que la question sur les habitudes culturelles ou de vie ne se pose pas à l'entrée. L'infirmier des urgences dit « *Non, on ne le demande pas. On est à l'écoute de ce que le patient va exprimer, mais non on ne va pas demander* ». Pour une des sages-femmes (SF 2) « *il faut instaurer une relation de confiance avant de poser ce genre de question* ». L'infirmière des urgences ajoute que « *la demande du patient va donner une échelle d'importance. S'il demande c'est qu'il a besoin de ça. Si il ne le demande pas, on suppose qu'il n'a pas de besoins particuliers à ce niveau* ».

La dernière partie des entretiens est axée sur les compétences que les soignants mettent en place pour améliorer la relation de soin. Pour plus de lisibilité, je sépare les compétences décrites par les soignants en trois catégories: les connaissances (savoir), les capacités (savoir faire), et les attitudes (savoir être).

En ce qui concerne les savoirs sur les différentes cultures, trois soignants estiment ne pas avoir suffisamment de connaissances sur le sujet et que des formations pourraient leurs être utiles, « (...) on sera peut être plus attentif si on a les connaissances. Ça permet d'anticiper »(SF2).

Dans le domaine des capacités, la négociation est un savoir faire mis en avant par les professionnels afin d'éviter un refus de soins. D'après eux, il faut savoir établir la discussion et expliquer au patient pourquoi, à certains moments, on ne peut pas satisfaire leur demande : « C'était le cas d'une dame qui portait le nicab qui n'a pas voulu l'enlever à l'accueil. Heureusement il y avait des chambres de libre. Le problème c'est que c'était une journée d'affluence, je lui ai dit: votre infirmier c'est moi, on ne peut pas faire autrement, je vais me tourner le temps que vous mettiez la blouse, ou vous pouvez utiliser la salle de bain; je comprends, mais il n'y a pas d'autres soignants disponibles donc il faudra qu'à un moment je vous vois sans votre vêtement. Elle n'a pas voulu donc le conflit était sur le point d'avoir lieu. Son mari était présent, j'ai pu lui expliquer la situation, il a dit à sa femme qu'elle pouvait enlever son nicab et j'ai laissé à la patiente un voile pour qu'elle puisse se couvrir juste les cheveux. » (IDE 1). Selon le même infirmier, il faut savoir faire preuve de tolérance afin d'éviter les conflits.

Au niveau du savoir être, les quatre soignants sont unanimes sur le fait qu'ils doivent faire preuve d'adaptation par rapport aux patients, comme l'illustre cet exemple donné par la sage femme N°2: « je suis rentrée dans une chambre la patiente faisait la prière, je suis ressortie et je suis revenue un petit peu plus tard pour faire le soin ».

La formation, l'art de la négociation, la tolérance, et l'adaptation sont d'après eux la clé d'une relation adaptée.

SYNTHESE DE LA PHASE EXPLORATOIRE :

La phase exploratoire m'a permis, à travers mes lectures et les entretiens avec les professionnels, de mettre en évidence que le sujet de la prise en compte de la culture dans la relation de soin présente un intérêt pour la profession.

L'infirmier, pour effectuer des soins de qualité et établir une relation adaptée, doit mettre en œuvre des compétences spécifiques. Ces compétences lui permettront entre autre de faciliter l'adhésion du patient aux soins, et donc d'éviter un refus de soin.

C'est pour cela que j'ai reformulé ma question de départ : **quelles compétences l'infirmier doit-il développer pour établir une relation interculturelle adaptée ?**

2. PÔLE THEORIQUE

Pour parler de la relation interculturelle, il convient d'aborder la notion de « *prendre soin*¹⁸ ». Elle désigne cette « *attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien être*¹⁹ ». En effet, dans une relation de soin où interviennent deux personnes avec leur propre personnalité et leur singularité, « *on ne peut pas se contenter d'actes [techniques] posés avec soin [car] l'humain ne se limite pas à un corps objet sur lequel on peut seulement appliquer son savoir et ses techniques*²⁰ ». On prend soin de l'être en tant que « *corps sujet, celui qui a besoin de sens et qui demande de l'attention*²¹ » de la part du soignant.

2.1 L'interculturalité :

Comme je l'ai expliqué dans le chapitre 1.3 sur la relation soignant/soigné, le lien se construit de façon asymétrique. L'approche interculturelle trouve son intérêt dans la recherche d'une relation symétrique.

Au sens large, l'interculturel désigne tous les processus de rencontre entre les cultures. Ce mot, du point de vue syntaxique, est composé de deux éléments : Inter- qui est un « *préfixe indiquant la notion de réciprocité*²² » et -culture qui renvoie à des manières de faire, de penser, d'agir et de voir le monde propre à chaque groupe et transmises par les membres de celui-ci.

Les soignants et les patients ne partagent ni les mêmes significations ni les mêmes formes d'expression, mais c'est dans l'interaction avec autrui que se construit l'interculturalité, ou comme l'écrit B. Tison « *l'interculturel est un passage de caractéristiques culturelles identifiables ou non, qui se transmet par le biais des relations humaines*²³ ». C. Clanet, ajoute à cela que l'interculturalité s'établit « *dans une perspective de sauvegarde d'une relative identité culturelle des partenaires en relation.*²⁴ » En effet, dans cette relation de soin, il est important que le patient ne se retrouve pas démuné de son

18 HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris, Masson, 1997.

19 Ibid. p. 8

20 Ibid p. 2

21 Ibid p. 2

22 DUBOIS J., MITTERAND H., DAUZAT A. *Dictionnaire étymologique*, p. 396

23 TISON B. Op. Cit. p.33

24 CLANET C., cité par TISON B., Op. Cit. p. 33

identité culturelle, le soignant ne doit pas la nier mais au contraire la préserver. Ainsi, à la lumière du contexte culturel du patient, le soignant pourra comprendre ce qui se joue dans une situation de soin donnée. (Cela peut se voir par exemple dans le refus d'un soin : Que veut nous signifier le patient qui refuse le soin. Est-ce par ce qu'il ne saisit pas le sens de ce soin ? Est ce que l'explication de ce soin a été faite dans un langage et dans une symbolique compréhensible pour le patient ?)

Cette approche interculturelle permet d'éviter toutes sortes de conflits relationnels et permet au patient de s'impliquer dans son projet de soin.

Ainsi lorsque l'on parle d'interaction il faut nécessairement introduire le concept de communication. Celle-ci fait partie des compétences à acquérir dans une situation interculturelle, c'est pourquoi je la détaillerai dans le chapitre suivant.

Mais il ne faut pas oublier qu'une rencontre interculturelle est avant tout une rencontre interpersonnelle, car ce ne sont pas des cultures qui entrent en relation, mais ce sont des sujets ayant une appartenance culturelle. L'infirmier en tant que professionnel « *du prendre soin de l'autre*²⁵ » dans son unicité et sa différence doit pouvoir identifier ses limites et ses émotions, et développer des aptitudes de décentration et d'allocentrisme « *pour agir en pleine conscience et accéder à la neutralité indispensable aux soins*²⁶ ».

Pour D. Le Breton « *l'interculturel est un savoir être à partir duquel on découvre la bonne manière d'utiliser le savoir et l'on invente le savoir faire adéquat*²⁷ »

C'est pour cela qu'il me semble important de développer le concept de compétence.

2.2 Les compétences interculturelles :

2.2.1 Définition de la compétence :

Le terme de compétence est de plus en plus utilisé dans notre profession, notamment dans le nouveau référentiel de formation des études d'infirmière. Il s'appuie sur le développement de dix compétences à acquérir où les connaissances, les capacités et les attitudes doivent être mobilisées et combinées pour prendre en soin le patient.

Pour G. Le Boterf « *être compétent c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoir, savoir faire, comportement, mode de raisonnement ...)*²⁸ »

25 HERON M., La compétence culturelle pour faire toute la différence, *soins* N°747. P.15

26 HERON M., Ibid. p

27 LE BRETON D., cité par TISON B., Op. Cit. P. 33

28 LE BOTERF G. *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues. 15 propositions.* Ed. D'organisation. 2008. 288p.

P. Perrenoud rajoute que la compétence « *s'appuie sur des connaissances mais ne s'y réduit pas* ²⁹»

Pour parvenir à être compétent avec des patients de cultures différentes, l'infirmier doit donc développer, dans un contexte donné, des connaissances au regard de la population qu'il reçoit. Il doit également mettre en œuvre un savoir-faire spécifique, mais surtout développer un savoir être qui permet d'instaurer une relation de qualité.

2.2.2 Les compétences interculturelles :

Par rapport à la population que l'infirmier reçoit à l'hôpital, il semble important qu'il acquière des compétences particulières. B. Tison dans son livre, *soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle*, les regroupe sous le nom de « compétence interculturelle ». Elle sera définie par Flye Sainte Marie A. comme « *cette capacité qui permet à la fois de savoir analyser et comprendre les situations de contact entre personnes et entre groupes porteurs de cultures différentes, et de savoir gérer ces situations* ³⁰ »

2.2.2.1 L'empathie :

Selon le psychologue G. Marandon il s'agit de « *l'ensemble des efforts fournis pour accueillir autrui dans sa singularité et qui sont consentis et mis en œuvre dès lors qu'est acquise la conscience de la séparation moi-autre et de l'illusion communicative de l'identification passive à autrui*³¹ » : c'est un mouvement vers autrui, c'est en cela qu'elle est nécessaire pour établir une communication. L'empathie est composée de trois groupes d'aptitudes. Le premier est « *l'allocentrisme* ³² » qui implique la disposition à entrer en contact avec l'autre par « *une suspension du moi, [et par] de la considération pour autrui*³³ ». Le deuxième groupe relève de la « *flexibilité psychologique*³⁴ » composée de, « *la tolérance à l'ambiguïté, [et] la complexité cognitive*³⁵ ». Le troisième groupe est la « *réceptivité active* ³⁶ », il contient l'écoute active et la compréhension d'autrui.

29 Ibid. p.7

30 FLYE SAINTE MARIE A. *les cahiers de l'actif*, n° 250. P. 55[en ligne] disponible sur internet : <http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_saintemarie_250_251.pdf>

31 MARANDON G. (2001) cité par TISON B., Op. Cit. p. 70.

32 Ibid. p. 70

33 Ibid. p. 70

34 Ibid. p. 70

35 Ibid. p. 70

36 Ibid. p. 70

Il faut donc prendre conscience qu'il existe une différence individuelle et culturelle entre soi et les autres. Mais surtout, il faut se connaître pour pouvoir mettre en suspens sa propre identité afin de pouvoir faire preuve d'empathie.

2.2.2.2 La communication :

Comme je l'ai dit précédemment, même en situation d'homogénéité culturelle, la communication requiert des compétences spécifiques. Il est donc indispensable d'expliquer cette notion, avant de délimiter puis les spécificités d'une communication dans une situation d'hétérogénéité culturelle.

Selon la définition du psychologue G. Miller « *il y a communication quand nous voulons faire passer une information d'un lieu ou d'une personne à un autre lieu ou à une autre personne*³⁷ ». La communication implique un émetteur et un récepteur. Le message est encodé par l'émetteur qui possède son propre code et son univers de règles. Il est transmis par un canal qui peut être la voix, les gestes, les mimiques. Ensuite, le récepteur décode et interprète le message, également selon son propre code et univers de règles.

La communication ne concerne pas seulement les mots (communication verbale), mais aussi notre attitude consciente ou non (communication non verbale). CONGRUENCE

Des biais peuvent intervenir dans la communication, ils apparaissent à tous les niveaux, que ce soit au niveau de l'émetteur, du message, du récepteur ou du canal utilisé. Afin d'éviter cela, il convient d'avoir ce que le psychosociologue américain P. Watzlawick une capacité à méta communiquer

Le « *savoir-agir* » est d'abord, pour A. FLYE SAINTE MARIE, une « *capacité à méta-communiquer* » comme l'appelle WATZLAWICK (1979, p. 74) : il s'agit d'avoir la capacité de briser le cercle vicieux des malentendus en prenant le recul nécessaire pour parler et communiquer sur la situation de communication elle-même. Ce savoir-agir consiste donc principalement à « *repérer le poids des écarts (d'ordre social ou culturel)* » dans les tensions ou malentendus « *et à gérer ces situations de tension – inter-individuelles ou inter-groupes – par une démarche systématique d'explicitation de ces écarts* » (p. 57). L'auteur rappelle que « *ces écarts existent toujours, même entre natifs d'un même territoire..., et existeront probablement de plus en plus fréquemment dans le contexte d'identités de plus en plus "multi-référentielles"* »

cette dimension émotionnelle devra être prise en compte et son implication dans la

communication devra être traitée de manière adaptée aux personnes et à leurs univers culturels.

37 MILLER G. cité par COUVREUR C., *Sociologie et hôpital*, le centurion, Paris, 1979. P. 80

2.2.2.3 La communication interculturelle :

Lorsque la communication est établie avec un patient de culture différente, il faut mettre en place à la fois des compétences générales de communication et des compétences spécifiques.

Cette communication n'est possible que si le soignant a conscience, d'une part, de sa propre identité culturelle et, d'autre part, qu'il existe des différences culturelles. On parle alors de « *conscience culturelle*³⁸ ».

La « *conscience interculturelle*³⁹ » permet à l'infirmier de mesurer l'importance et la diversité des obstacles relationnels liés à ces différences, et ainsi de pouvoir mettre en place la dernière compétence : le développement de « *l'ethno-relativisme*⁴⁰ ». Celle-ci facilitera la mise à distance de l'ethnocentrisme afin de pouvoir comprendre des logiques culturelles différentes des nôtres.

Dans les cas où le patient ne parle pas la même langue, l'infirmier doit avoir conscience de ses propres limites concernant la transmission de l'information et la compréhension que le patient en a, et donc avoir recours à un interprète de métier ou faisant fonction.

B. Vissandjée, chercheuse canadienne en sciences infirmières, intègre dans la communication interculturelle, la capacité à établir une communication à trois : le soignant- l'interprète- le patient. Souvent les soignants ont recours à l'entourage du patient en guise d'interprète. Même si l'ami ou le membre de la famille peut apparaître comme une figure rassurante pour le patient, des biais peuvent intervenir dans leur traduction. L'interprète peut trier les informations qu'il donnera au patient pour le protéger, (par exemple dans certaines cultures, il est irrespectueux d'annoncer la mort) ou dans l'autre sens, il pourra exagérer les symptômes afin d'attirer l'attention du personnel soignant. Il me semble important d'en faire état ici, car l'infirmier doit être conscient que les filtres amenés par l'interprète peuvent amplifier les difficultés de communication. C'est pour cela, que dans son article, l'auteur préconise le recours à des interprètes formés, ou, mieux encore, à des médiateurs culturels. Les premiers s'attachent surtout à une traduction aux mots à mots, alors que les seconds, souvent issus de la même culture que le patient, peuvent donner du sens aux soins par une symbolique compréhensible pour le patient. A la différence des familles, ils ont reçu une formation, sont dégagés de tout affect, et sont soumis au secret médical. Dans cette optique, le médiateur sera considéré comme un acteur

38 TISON B. Op. Cit. p. 72

39 Ibid. p.72

40 Ibid. p. 72

à part entière de la relation de soin, l'infirmier travaillera donc en collaboration avec celui-ci. A Toulouse, le COFRIMI (conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations) est un organisme qui s'occupe de la formation des médiateurs culturels. Il est sollicité de façon ponctuelle par la responsable de l'interprétariat, à l'hôpital, à condition qu'elle ait connaissance des besoins des services. Lors de mes entretiens avec les professionnels, aucun ne connaissait cette possibilité.

2.2.2.4 Les connaissances :

Les connaissances spécifiques à chaque culture constituent un complément essentiel dans la prise en soin des patients. B. Tison explique qu'on ne peut pas avoir toutes les connaissances concernant toutes les cultures existantes. Il s'agit, selon elle, « *d'acquérir les connaissances culturelles opérationnelles qui permettent, tout en conservant à la situation son caractère interculturel, d'atteindre un degré de performance communicative optimal⁴¹* ». Par exemple, de connaître les habitudes alimentaires ou vestimentaires a un intérêt direct dans la prise en soin.

Pour acquérir ces connaissances, le moyen le plus fiable permettant de ne pas faire de stéréotypes est d'aller à la rencontre du patient ou de sa famille et de ne pas hésiter à poser les questions qui nous semblent essentielles pour une prise en soin adaptée. Le patient ne sera pas gêné par ces interrogations ; au contraire, il se sentira considéré et compris dans toutes les dimensions de son identité. La « *réceptivité active⁴²* » décrite précédemment prend ici tout son sens, car il y a nécessité que la communication soit adaptée. Dans les entretiens réalisés auprès des soignants, chacun m'a dit que la question de la culture n'est pas abordée au moment de l'accueil, car pour eux, « *cela ne se fait pas* ». Une sage-femme rajoute qu' « *il faut qu'une relation de confiance se crée* ». Quels sont les pré-requis à l'établissement d'une relation de confiance ? Pourtant une communication adaptée semble être une des bases de cette relation... Et une communication adaptée au patient permettra de mettre en place les aptitudes et les attitudes que les professionnels ont identifiées comme primordiales, lors des entretiens à savoir : l'adaptation, la négociation, la discussion, et la tolérance

41 Ibid. p. 73

42 Ibid. p. 70

2.3 La démarche interculturelle :

Les compétences détaillées dans le chapitre précédent permettront à l'infirmier d'appliquer une démarche interculturelle. Cette démarche s'appuie sur trois points essentiels : la décentration, la connaissance du cadre de référence de l'autre, et la négociation.

2.3.1 La décentration :

Elle consiste pour le soignant, à prendre de la distance par rapport à lui-même, à son cadre de référence, à ses filtres sociologiques, culturels et professionnels. Cela lui permettra de faire preuve d'une certaine « *neutralité culturelle [qui] permet de mieux nous connaître et de nous ouvrir à l'autre avec le respect de ce qu'il est* ⁴³ ».

2.3.2 La connaissance du cadre de référence de l'autre :

Il s'agit « *d'entrer dans la rationalité de l'autre*⁴⁴ », c'est une « *attitude d'ouverture et d'écoute de l'autre, une curiosité pour découvrir ce qui donne sens et valeur à l'autre, à travers sa culture*⁴⁵ ».

Il s'agit donc d'apprendre à être attentif au discours du patient sans chercher à l'interpréter. Cela permet de se distancier par rapport aux stéréotypes et préjugés qui peuvent être présent de prime abord dans la relation, et ainsi permettre au soignant « *d'élaborer du sens et du rite avec l'autre*⁴⁶ ».

2.3.3 La négociation :

Elle consiste à rechercher par la discussion un compromis où chacun se voit respecté dans son identité. Le but est d'éviter une certaine violence symbolique dans le cas où un des protagonistes soit impose son code en niant ce que l'autre est, soit il y est indifférent. Cette technique s'apprend, elle peut être réalisée directement par les soignants, ou en faisant appel à un tiers (par exemple un médiateur culturel). Dans la pratique, il s'agit d'expliquer aux patients, dans une symbolique compréhensible, ce qui peut ou ne peut pas être fait dans le cadre d'une hospitalisation. Au patient également de respecter les consignes du lieu dans lequel il se trouve. La négociation est souvent difficile quant à la laïcité des établissements de soin. Par exemple, quand les patients exigent un soignant du même sexe, la peur du refus de soins et la non connaissance des circulaires font souvent accepter sans condition leurs demandes.

43 Ibid. p. 96

44 Ibid. p.96

45 Ibid. p. 96

46 DOZOUL A.M., dossier : soins et diversité culturelle, *Objectifs soins*, p. 8

SYNTHESE DU PÔLE THEORIQUE et EMERGENCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Nous avons vu dans la partie théorique, que le soignant doit développer des compétences spécifiques pour prendre soin du patient de culture différente. Elles gravitent autour de la communication, afin de l'adapter au patient, et ainsi poser les bases d'une relation de confiance. Pour cela, le soignant doit alors décentrer, apprendre à connaître le cadre de référence du patient, et enfin mettre en place une négociation effective. Cela demande de l'expérience. Ces compétences construisent tout le savoir-être que l'infirmier doit mobiliser pour aborder la relation de soin, avec un but important : l'adhésion du patient à son projet de soin.

Ainsi, une question de recherche peut être proposée en ces termes :

Au travers des compétences interculturelles de l'infirmier, l'instauration d'une relation de confiance permettrait-elle de renforcer l'adhésion du patient de culture différente à son projet de soin ?

3. LIMITES ET PERSPECTIVES

3.1 Limites

Le nombre de pages imposé a été une des plus grandes difficultés lors de la rédaction de ce travail. En effet, le thème choisi demande de faire de nombreux choix quant aux définitions et à la façon de conduire ce travail afin de rester logique pour le lecteur. Je pense que vingt pages pour un sujet aussi vaste ne permettent pas d'exploiter la multitude des notions entrant en jeu. Faire des choix a donc été une difficulté également, car l'envie d'être exhaustive était présente. De plus, au début de mes recherches, j'ai accumulé beaucoup de lectures, ce qui n'a pas facilité la prise de décision ainsi que l'émergence d'un plan logique. La relation de confiance aurait mérité peut être aussi d'être un peu plus définie. De plus, un grand nombre de travaux sur ce sujet étant effectués au Canada, la maîtrise de la langue anglaise m'aurait permis d'aller plus loin dans les apports théoriques et d'avoir des points de comparaison avec des pays anglophones.

3.2 Evolution personnelle et professionnelle

Ce travail de fin d'étude m'a donné la possibilité de développer mon goût pour la recherche et m'a permis de me familiariser avec la méthodologie de recherche. Cela m'a permis de développer un sens de la rigueur et de l'organisation pour parvenir à finir ce travail.

Travailler sur un thème touchant à la culture, et la diversité des populations, est un moyen facilitant pour avoir conscience de ce que l'on est et des représentations que l'on peut avoir. Cela m'a permis d'acquérir une certaine « conscience culturelle » nécessaire pour améliorer la qualité de la relation et du prendre soin.

Ce travail m'a permis finalement une réflexion sur les pratiques, et une prise de recul sur mes propres attitudes soignantes. Cela m'a également montré l'importance de prendre du temps pour l'élaboration d'un projet de soin individualisé.

CONCLUSION

Faire ce travail de fin d'étude sur ce thème s'est imposé à moi quand je me suis rendue compte que dans ma future pratique professionnelle j'allais être en contact en permanence avec des patients de cultures différentes de la mienne. Cela fait partie de la réalité du terrain. Ce travail m'aura permis de cerner comment l'infirmière peut adapter ses soins de façon à être culturellement compétente et à considérer cette variable comme indissociable des soins à prodiguer.

Démarche individuelle du soignant pour l'acquisition des compétences, on ne peut pas lui imposer cette démarche.

I. BIBLIOGRAPHIE

Articles:

ANTONI M., FROT N. Communiquer avec des patients de cultures différentes. *Soins*, Juin 2004, n°686, pp. 27-29.

BOUCHER N., VEGA A. La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins. *Objectifs soins*, Novembre 2000, n°90 pp. 17-24.

BOUCHER N., VEGA A. La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins. *Objectifs soins*, Décembre 2000, n°91, pp. 20-22.

BOUCHER N., VEGA A. La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins. *Objectifs soins*, Janvier 2001, n°92, pp. 21-24.

BOURDIN M.J., BENNEGADI R., PARIS C. La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants. *Soins*, Juillet/Août 2010, n°747, pp. 24-25.

COLLECTIF ÉTUDIANT DE L'IFSI SAINTE MARGUERITE. L'approche culturelle des soins. *Soins*, Juin 2004, n°686, pp. 30-32.

COUTU-WAKULCYK G. Pour des soins culturellement compétents, le modèle transculturel de Purnell. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, n°72, pp. 34-47.

DOZOUL A.M. Soins et diversités culturelles. *Objectifs soins*, Juin/Juillet 2002, n°107, pp. 2-9.

ENYOUUMA, M. L'étudiant infirmier face au problème de l'interculturalité dans les situations de soins lors des stages. *Soins*, Juin 2004, n°686, pp. 33-34.

HERON M. Une compétence culturelle pour faire toute la différence, *Soins*. Juillet/Août 2010, n°747, p. 15.

HUNT E., MURAY K. Compétence culturelle dans les soins, au service de l'atténuation des stéréotypes et des préjugés. *Perspectives soignantes*, Avril 2009, n°34, pp. 108-118.

KESSAR Z. Prendre en compte les pratiques culturelles à l'hôpital. *La revue de l'infirmière*, Décembre 2009, n°156, pp. 19-20.

KESSAR Z. Éviter les stéréotypes de l'approche culturaliste des soins. *Soins*, Juillet/Août 2010, n°747, pp. 33-34.

LEPAIN C. L'approche culturelle en soins infirmiers pour les patients musulmans maghrébins relevant de soins palliatifs. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2003, n° 72, pp. 4-33.

LE BRETON D. Hôpital et communication. *Soins*, Novembre 2002, n°670, pp. 26-29.

NGUGEN S., BAUBET T. Du « tant pis » au temps pris. *Soins*, Novembre 2002, n°670, pp. 45-47.

VORNAX N. Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique. *Soins*, Juillet/Août 2010, n°747, pp. 16-20.

VORNAX N., FARMAN P. Soignés, soignants et représentations au pluriel: de la reconnaissance dans l'approche interculturelle de soins. *Perspectives soignantes*, Septembre 2008, n°32, pp. 113-129.

VISSANDJEE B., DUPERE S. La communication interculturelle en situation clinique : une question de partenariat. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 2000, n°32, pp. 99-113

Ouvrage:

CAMILLERI C., COHEN-EMERIQUE M. *Chocs des cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'harmattan, 2003. 398 p. Collection espaces interculturels.

FISHER N.G. *Les Concepts Fondamentaux de la Psychologie*. Paris: Dunod, 2003 (2ème édition). 224 p.

HESBEEN W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997. 197 p.

JODELET D. *Les représentations sociales*, Paris : PUF, 1989. 447 p.

LEVY I. *Soins et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Paris: Estem, 1999, 222 p.

MILLON-LAJOINIE M-M. *Sciences humaines et soins infirmiers*. Paris : Lamarre, 1994, 109 p.

TISON B., HERVÉ-DÉSIRAT E. *Soins et cultures formation des soignants à l'approche interculturelle*. Paris : Masson, 2007

VEGA A. *Soignants/soignés. Pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris, Bruxelles: De Boeck Université, 2001. 160 p. Savoirs & santé.

ANNEXES

- I. Article R 4311-2 du code de la santé publique relatif à la profession d'infirmière.
- II. Article R 4312-25 du code de la santé publique relatif aux règles professionnelles, concernant les devoirs envers les patients.
- III. Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé
- IV. Charte du patient hospitalisé du 6 mars 2006
- V. Grille d'entretien

ANNEXE I : Article R 4311-2 du code de la santé publique relatif à la profession d'infirmière :

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
4. De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

ANNEXE II : Article R 4312-25 du code de la santé publique relatif aux règles professionnelles, concernant les devoirs envers les patients

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

ANNEXE III : Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

NOR : SANH0530037C Date d'application : immédiate.

Textes de référence :

Rapport de la commission Stasi sur l'application du principe de la laïcité dans la République (11 décembre 2003) ;

Code de la santé publique notamment articles L. 1110-8, L. 3211-3, L. 6112-2, L. 6143-7 et R. 1112-46.
Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour diffusion et mise en œuvre]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics de santé, d'établissements de santé privés participant au service public hospitalier, d'établissements publics hébergeant des personnes âgées dépendantes (pour mise en œuvre).

A la suite de la publication du rapport remis au Président de la République par la commission de réflexion sur l'application du principe de laïcité dans la République (communément dénommé rapport Stasi), la présente circulaire a pour but d'explicitier le principe de laïcité à l'hôpital tel qu'il résulte de la Constitution des principes généraux du droit et des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, dans les deux domaines suivants : liberté religieuse, libre choix du praticien.

I. - LIBERTÉ RELIGIEUSE, PRINCIPES DE NEUTRALITÉ ET DE NON-DISCRIMINATION

Comme le rappelle le rapport Stasi (p. 22) remis au Président de la République le 11 décembre 2003, la laïcité qui est consacrée par l'article 1 de la Constitution de 1958 impose à la République d'assurer « l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion ». Pour l'hôpital, cela implique que :

- tous les patients soient traités de la même façon quelles que puissent être leurs croyances religieuses ;
- les patients ne puissent douter de la neutralité des agents hospitaliers.

A. égalité de traitement des patients

L'article L. 6112-2 du code de la santé publique affirme cette égalité de traitement. Il indique notamment que les établissements assurant le service public hospitalier « garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services (...). Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins ».

Dans le domaine religieux, les patients se voient garantir la libre pratique de leur culte et la manifestation de leurs convictions religieuses :

- l'article R. 1112-46 CSP issu du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux indique que « les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte ; ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix » ;

- la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire DGS/DH n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés précise :

« L'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...) ». L'article L. 3211-3 du code de la santé publique affirme cette même liberté pour les personnes atteintes de troubles mentaux et hospitalisées sans leur consentement.

- l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé mentionne que le livret d'accueil « doit comporter des indications sur les différents cultes et le nom de leur

représentants ».

En matière mortuaire, les familles des malades en fin de vie et des défunts se voient garantir la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de leur choix :

- le décret précité du 14 janvier 1974 indique que « lorsque l'hospitalisé est en fin de vie, il est transporté, avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service. Ses proches sont admis à rester auprès de lui et à l'assister dans ses derniers instants » (art. R. 1112-68 CSP) ;

- le décret n° 97-1039 du 14 novembre 1997 relatif aux chambres mortuaires des établissements de santé précise que « dans toute la mesure du possible, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire sans que ce dépôt ne soit différé, de ce fait, d'un délai supérieur à dix heures... » (art. 4) ;

- l'arrêté du 7 mai 2001 relatif aux prescriptions techniques applicables aux chambres mortuaires des établissements de santé spécifie, dans son article 2, que « la zone publique de la chambre mortuaire comprend, au minimum, un local de présentation du corps du défunt et un local d'accueil pour les familles. Elle peut également comporter une salle d'attente pour les familles et une salle de cérémonie ».

Il va de soi que les règles de neutralité doivent demeurer compatibles avec les exigences d'une bonne dispensation des soins telle qu'elle est définie par l'équipe médicale. La charte du patient hospitalisé précitée, tout en affirmant la liberté d'action et d'expression des patients dans le domaine religieux, rappelle : « Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel. »

A cet égard, il convient de veiller à ce que l'expression des convictions religieuses ne porte pas atteinte :

- à la qualité des soins et aux règles d'hygiène (le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés) ;
- à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches ;
- au fonctionnement régulier du service.

Il appartient aux directeurs des établissements de santé de faire respecter strictement ces diverses dispositions qui constituent des garanties essentielles pour les malades. Pour ce faire, ceux-ci disposent du pouvoir général de police au sein de leur établissement (*cf.* art. L. 6143-7 du code de la santé publique).

B. - Neutralité du service public hospitalier et des fonctionnaires et agents publics

L'obligation de neutralité est posée depuis plus d'un demi-siècle dans la jurisprudence (Conseil d'Etat 8 décembre 1948, Dlle Pasteau - 3 mai 1950, Dlle Jamet).

Dans un litige concernant un établissement scolaire, le Conseil d'Etat a émis un avis en date du 3 mai 2000 (Mlle Marteaux), aux termes duquel :

« Il résulte des textes constitutionnels et législatifs que le principe de liberté de conscience ainsi que celui de la laïcité de l'Etat et de neutralité des services publics s'appliquent à l'ensemble de ceux-ci.

Le fait pour un agent du service de l'enseignement public de manifester dans l'exercice de ses fonctions ses croyances religieuses, notamment en portant un signe destiné à marquer son appartenance à une religion, constitue un manquement à ses obligations ».

Dans un arrêt en date du 17 octobre 2002 (Mme E.), le tribunal administratif de Paris a estimé légale la décision d'un établissement hospitalier public qui n'avait pas voulu renouveler le contrat d'une assistante sociale qui refusait d'enlever son voile. Dans son premier considérant, le tribunal rappelle que le principe de neutralité s'impose à tous les agents publics et pas seulement à ceux de l'enseignement :

« Considérant que si les agents publics bénéficient, comme tous les citoyens, de la liberté de conscience et de religion édictée par les textes constitutionnels, conventionnels et législatifs, qui prohibent toute discrimination fondée sur leurs croyances religieuses ou leur athéisme, notamment pour l'accès aux fonctions, le déroulement de carrière ou encore le régime disciplinaire, le principe de laïcité de l'Etat et de ses démembrements et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que ces agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses, notamment par une extériorisation vestimentaire ; que ce principe, qui vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, concerne tous les services publics et pas seulement celui de l'enseignement ; que cette obligation trouve à s'appliquer avec une rigueur particulière dans les services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance ».

Dans un arrêt en date du 27 novembre 2003 (Mlle Nadjat Ben Abdallah), la cour administrative d'appel de Lyon a considéré que :

« Le port, par Mlle Ben Abdallah, détentrice de prérogatives de puissance publique, d'un foulard dont elle a expressément revendiqué le caractère religieux, et le refus réitéré d'obéir à l'ordre qui lui a été donné de le retirer, alors qu'elle était avertie de l'état non ambigu du droit applicable, a, dans les circonstances de

l'espèce, constitué une faute grave de nature à justifier légalement la mesure de suspension dont elle a fait l'objet » (Mlle Ben Abdallah est contrôleur du travail).

Ces principes s'appliquent à tous les fonctionnaires et agents publics, à l'exception des ministres des différents cultes mentionnés à l'article R. 1112-46 du code de la santé publique. Il est rappelé que les agents publics sont des agents qui concourent à l'exécution du service public : contractuels, internes... Vous veillerez à ce que, en application de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, les directeurs des établissements publics de santé respectent strictement ces principes en sanctionnant systématiquement tout manquement à ces obligations ou en signalant aux directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales toute faute commise par un agent dont l'autorité de nomination est le préfet ou le ministre.

II. - LIBRE CHOIX DU PRATICIEN ET DISCRIMINATION À L'ENCONTRE D'UN AGENT DU SERVICE PUBLIC

A. - Les droits fondamentaux du patient libre choix, information et consentement, refus de soins

Le malade a le libre choix de son praticien et de son établissement de santé ainsi que le droit d'information et de consentement aux soins.

L'article L. 1110-8 du code de la santé publique dispose ainsi que le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un droit fondamental de la législation sanitaire.

Le Conseil d'Etat a affirmé qu'il s'agissait d'un principe général du droit (18 février 1998, section locale du Pacifique Sud de l'ordre des médecins).

L'article R. 1112-17 du même code indique que « dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les malades ont, sauf en cas d'urgence et compte tenu des possibilités en lits, le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis ».

En outre, l'article L. 1111-4 du code de la santé publique précise que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Cet article indique également : « Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

L'article R. 1112-43 du même code expose que « lorsque les malades n'acceptent pas le traitement, l'intervention ou les soins qui leur sont proposés, leur sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant d'autres soins, est prononcée par le directeur après signature par l'hospitalisé d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès verbal de ce refus est dressé ».

B. - Discrimination à l'encontre d'un fonctionnaire, agent public et agent d'un service public hospitalier

Il convient que dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier, le malade puisse, en dehors des cas d'urgence, choisir librement son praticien, son établissement et éventuellement son service. Toutefois, ce libre choix doit être exercé par le malade et non par un parent, un proche ou la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ; il doit au surplus se concilier avec diverses règles telles que l'organisation du service ou la délivrance des soins.

En ce qui concerne l'organisation du service, le libre choix du praticien par le malade ne peut aller à l'encontre du tour de garde des médecins ou de l'organisation des consultations, conforme aux exigences de continuité prévues à l'article L. 6112-2 du code de la santé publique.

En matière d'organisation des soins, il convient de rappeler que le malade est soigné par une équipe soignante et non par un praticien unique, ce qui a notamment des conséquences en termes de secret médical qui ont été admises par la jurisprudence et qui sont désormais reprises à l'article L. 1110-4, alinéa *in fine* du code (« lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe »).

En outre, le libre choix exercé par le malade, ne doit pas perturber la dispensation des soins, compromettre les exigences sanitaires, voire créer des désordres persistants. Dans ce dernier cas, le directeur prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'intéressé pour motifs disciplinaires (art. R. 1112-49 du code de la santé publique).

Le Conseil d'Etat, dans une ordonnance en référé en date du 16 août 2002, a jugé que les médecins ne portent pas une atteinte grave et manifestement illégale à la liberté fondamentale que constitue le consentement à un traitement médical donné par un patient majeur, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer

« lorsque après avoir tout mis en oeuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état ».

De même, l'article L. 1111-4 du code de la santé publique indique que « le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».

Enfin, ce libre choix du malade ne permet pas que la personne prise en charge puisse s'opposer à ce qu'un membre de l'équipe de soins procède à un acte de diagnostic ou de soins pour des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier.

Je vous demande de veiller attentivement à l'application de ces dispositions et de m'informer des difficultés éventuelles que vous pourrez rencontrer à ce sujet.

Pour le ministre et par délégation :
*Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
J. Castex

ANNEXE IV: charte du 2 mars 2006 concernant les droits du patient hospitalisé

(Cirulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 relative aux droits des personnes hospitalisées)

La charte comporte 11 points essentiels

<p>1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.</p>
<p>2. Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en oeuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.</p>
<p>3. L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.</p>
<p>4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.</p>
<p>5. Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.</p>
<p>6. Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.</p>
<p>7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.</p>
<p>8. La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.</p>
<p>9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.</p>
<p>10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.</p>
<p>11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.</p>

ANNEXE IV : grille d'entretien :

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je réalise cet entretien sur la relation de soin et la différence culturelle afin d'identifier les différents facteurs qui entrent en jeu dans cette relation.

Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, celles-ci sont anonymes.

> Depuis quand travaillez vous dans ce service? Ancienneté du diplôme? Âge?

> Avez-vous déjà été confronté à des cultures différentes de la votre dans le cadre de votre profession? Racontez moi comment cela s'est passé.

> cela vous a-t-il posé un problème pour la prise en soin?

- si oui, à quel niveau? Sauriez vous identifier les causes du problème? Comment avez vous fait pour y remédier?

- si non, quelles ont été les attitudes et les ressources qui vous ont aidé pour la prise en soin?

> Au moment de l'accueil, certains soignants ont des difficultés pour poser des questions sur les habitudes de vie, habitudes culturelles ou religieuses, quel est votre vécu par rapport à ces questions?

> Les patients peuvent avoir des représentations sur l'hôpital et sur les soignants, pensez vous que nous en tant que soignants, nous ayons des représentations sur les patients?

- si oui, lesquelles?

> De même que les représentations du patient peuvent avoir une incidence sur leur vécu d'hospitalisation, pensez vous que celles des soignants aient une incidence sur la prise en soin?

- si oui, à quel niveau et comment faire pour y remédier?

- si non, selon vous y a-t-il d'autres facteurs personnels qui peuvent entrer en jeu dans la relation soignant soignés?

> Pensez vous que les soignants doivent développer des compétences, ou avoir des attitudes spécifiques pour prendre en soin un patient de culture différente? Lesquelles?

> Y a-t-il des moyens (humains, outils de service) facilitant la prise en soin des personnes de culture différente?

- Si vous pouviez instaurer des moyens, qu'envisageriez-vous?

