

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Pôle Enseignement Supérieur – Esplanade François Mitterrand

12100 MILLAU

Les représentations : de la pensée à l'impact

*Mémoire de Fin d'Etudes
en vue de la validation des UE 3.4, 5.6 et 6.2*

TENA Chloé
Promotion 2015-2018

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Pôle Enseignement Supérieur – Esplanade François Mitterrand

12100 MILLAU

Les représentations : de la pensée à l'impact

*Mémoire de Fin d'Etudes
en vue de la validation des UE 3.4, 5.6 et 6.2*

Restitution le 24/05/2018

Soutenance orale le 25/06/2018

TENA Chloé
Promotion 2015-2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. Phase contextuelle.....	2
1.1 La situation	2
1.2 Le contexte	4
1.3 Analyse et question de départ.....	5
2. Phase conceptuelle	6
2.1 La culture.....	6
2.1.1 Définition.....	6
2.1.2 Cadre législatif.....	7
2.1.3 La culture à l'hôpital.....	9
2.2 Les représentations sociales	10
2.2.1 Définition.....	10
2.2.2 Les représentations culturelles	11
2.3 Le prendre soin.....	12
2.4 L'éthique	12
3. Phase exploratoire	13
3.1 L'enquête de terrain	13
3.1.1 Population et terrain d'enquête.....	13
3.1.2 Outil d'enquête	14
3.1.3 Réalisation de l'enquête.....	14
3.2 Analyse des entretiens	15
3.3 Mise en lien avec la situation de départ et les concepts	18
3.4 Hypothèse de recherche	20
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	
REMERCIEMENTS	

INTRODUCTION

Trois ans après mon entrée à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers), il est l'heure de faire un état des lieux de cette formation professionnelle. Durant, mon parcours d'étudiante en soins infirmiers, il m'est arrivée de me retrouver face à des situations qui m'ont mises en difficulté et qui m'ont amené à me remettre en question. De toutes ces situations vécues, je ressors de nombreux impacts positifs sur ma pratique professionnelle. Cela m'a amené à appréhender et à réagir de façon meilleure face aux autres situations, en parvenant à analyser.

C'est donc dans le cadre des unités d'enseignements 3.4 S6 « Initiation à la démarche de recherche », 5.6 S6 « Analyse de la qualité des soins et traitement des données scientifiques et professionnelles » et 6.2 S6 « Anglais » et en lien avec la compétence 8 « Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques » du référentiel de formation infirmière que je réalise mon Mémoire de Fin d'Etudes (MFE).

Pour ce dernier, mon choix c'est porté, sur une situation vécue en stage, faisant intervenir les représentations culturelles. Elle se rapporte à la compétence 6 du référentiel de formation en soins infirmiers « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ». C'est une situation qui a suscité mon questionnement et pour laquelle j'ai souhaité développer et analyser. Avec une diversité culturelle, je serai certainement confrontée, dès l'obtention de mon Diplôme d'Etat Infirmier, à la confrontation des différentes cultures, leurs représentations et leurs intégrations dans les soins. L'élaboration de ce travail me permettra réflexion et amélioration de ma pratique professionnelle, dans l'optique de développer mon sens de l'adaptation, chose pour moi primordiale dans l'exercice de mon futur métier. Je pense également qu'il peut constituer une piste de réflexion auprès des professionnel de santé afin d'appréhender l'impact des représentations dans le soin.

Tout d'abord, je commencerai par vous présenter ma situation d'appel, mon questionnement et l'analyse que j'en ai tiré pour parvenir à l'élaboration d'une question de départ. Dans un second temps, j'exposerai les concepts qui s'y prêtent. Je continuerai ensuite avec la description de mes enquêtes exploratoires afin de mettre en évidence la question de recherche qui en découle. Enfin, je finirai par une conclusion de ce travail.

1. Phase contextuelle

1.1 La situation

Mme L. que je nommerai par le nom fictif Mme Manuella, est une patiente âgée de 63 ans, rentrée dans le service de psychiatrie le 28/02/2017 pour psychose dysthymique. C'est un trouble mental associant des symptômes d'un trouble bipolaire (ici caractérisé par des épisodes dépressifs) et des symptômes d'une schizophrénie (perte de contact avec la réalité, hallucinations, délires...). Elle se traduit par des anomalies auditives, la paranoïa, des délires, ou un langage et pensée désorganisées avec dysfonctions sociales et personnelles.

Mme Manuelle pratique les sismothérapies. C'est un traitement par électrochoc utilisé en psychiatrie qui consiste à un courant électrique d'intensité variable sur le cuir chevelu ayant pour but de déclencher une crise d'épilepsie. Elle est réalisée sous anesthésie générale. Cette technique permet d'améliorer certaines pathologies psychiatriques résistantes aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.

Elle est issue d'une famille gitane avec certains rituels particuliers à leur culture. Mme Manuella, est veuve et a un fils. Elle vit dans une « communauté gitane » avec toute sa famille. Elle habite seule, un appartement sur le même pallier que son fils de 30 ans Mr G., qui exerce le rôle de « chef de famille » : c'est lui qui prend toutes les décisions. Il est l'interlocuteur, c'est à lui que l'on s'adresse lorsqu'on a une question, un problème. Ce dernier vient lui rendre visite régulièrement à la clinique. Il s'occupe de lui rapporter du linge propre et des recharges de cigarettes électroniques. Mme Manuella, l'aime beaucoup elle le qualifie comme « la prune de ses yeux ». Elle est souvent en demande de le voir ou de lui téléphoner et est ravie lorsqu'il lui rend visite.

Lors de ces visites, j'ai observé certaines situations interpellantes entre eux. Mr G., à qui je donne le prénom fictif Rosé, a été vu à plusieurs reprises être violent envers sa mère tant verbalement que physiquement.

La première situation s'est déroulée un matin alors que la patiente était réticente lors de sa première sismothérapie et ne voulait pas y aller. L'équipe soignante a opté pour que son fils l'accompagne à la clinique où se déroule l'intervention, créant ainsi un climat plus propice.

J'ai accueilli moi-même son fils et nous sommes allés rejoindre Mme Manuella dans sa chambre. Elle était contente de le voir mais dès lors que celui-ci a abordé le sujet de la sismothérapie elle s'est mis en colère et hurlant « je m'en fou moi j'y vais pas là bas », elle dit que c'est une méthode « malhonnête, pour les fous, et que ça fait perdre la tête ». Sur ces mots, Rosé a haussé le ton, l'insultant de « pauvre femme » et lui dit « dans la famille c'est moi qui décide, je te laisse pas le choix, tu y vas ». Malgré ce, cette méthode violente a quand même fonctionné puisque son fils réussi à l'amener à la clinique. Une fois là bas, la patiente toujours réticente face à ce traitement et ne l'acceptant pas fait une crise : elle hurle et insulte tout le monde, essayant tant bien que mal de partir en courant. Suite à ce comportement, son fils agit de manière violente envers elle. Les violences sont tant verbales puisqu'il l'insulte sur un ton agressif et rabaissant, que physique, il lui donne des gifles, des coups de poings et lui tire les cheveux.

La deuxième situation se passe lors d'une après-midi, alors que Rosé venait chercher la patiente pour promener, un moment que Mme Manuella attendait avec impatience. Il remarque alors qu'elle s'est tachée le tee-shirt. Il lui crie dessus, l'insulte et lui donne deux gifles en lui disant « tu ne sais même pas prendre soin de toi donc je ne te sors pas ».

Il est à préciser que dans ces situations, la patiente ne pleure pas et ne le vit pas comme une agression. Sur le moment, Mme Manuella, reste calme mais paraît « effrayée », elle écoute donc son fils et fait ce qu'il lui dit, telle une relation paternaliste.

À chaque scène de violence constatée par l'équipe soignante et moi-même, nos réactions et nos ressentis étaient les mêmes. Ce comportement nous a d'abord surpris puis choqué et nous l'avons trouvé récurrent. Face à ces situations, nous avons tous ressentis un mal être et une certaine « frayeur ». Nous avons « subit » ces altercations, la violence étant contradictoire aux soins pour nous. Nous sommes restés sans voix et en retrait, nous n'avons pas réagi restant « figés » et ne comprenant pas la situation, son attitude. En effet, ne sachant pas quoi faire, je suis restée « interloquée » et « choquée ». Le sentiment de peur à pris le dessus sur nos fonctions soignantes. Il se peut que celle-ci ait été accentuée notamment par les représentations de la culture gitane et qui nous ont amené à la penser de façon simplifiée et avec des préjugés.

Je me suis donc questionnée sur la place de la culture dans le soin. Quelle est l'influence de la culture dans le prendre soin ? Comment les représentations peuvent interagir dans les soins ? Quelle place en tant que soignant avons-nous lors de ces altercations violentes pouvant être liées à la culture ?

1.2 Le contexte

Afin de me centrer sur la culture gitane, de la découvrir, de connaître leurs modes de vie, leurs traditions et coutumes, j'ai étudié plusieurs ouvrages dont *Le livre des gitans de Perpignan* de Harmattan¹, et *Enterrez-moi debout : l'odyssée des Tziganes* d'I. Fonseca². Je vais donc, vous dresser en quelques mots, un portrait de la culture gitane.

Les gens du voyage ont migré de l'Inde au X^e siècle et sont arrivés en France au XV^e siècle. Les gitans ont des origines et des coutumes différentes en fonction de leur pays. C'est un peuple de familles andalouses ou catalanes, la plupart du temps nomades avec des difficultés forcées de sédentarisation. Certains « envahissent » des quartiers à eux seuls et prennent possessions de « cités » où ils vivent entre eux. En France, ils sont implantés le plus souvent sur le pourtour méditerranéen, à Montpellier ou Perpignan. Ils sont connus pour leurs influences espagnole importante, fiers de leurs familles et de leurs traditions.

Les gitans sont généralement des grandes familles très présentes, c'est pour eux une marque d'assurance. La famille est ce qu'il y a de plus important, elle tient une place majeure, ils l'honorent et la protègent. C'est l'unité de base de l'organisation sociale des gitans. Le cadre de référence est la communauté familiale, comprenant tous les descendants de la famille, jusqu'à 200 ou 300 personnes. La solidarité entre eux est très marquée, ils vivent généralement tous ensemble, plusieurs générations sous le même toit. Tout événement de la vie, de la naissance à la mort, en passant par la maladie, les conflits, l'éducation, la réussite ou non, se vit en collectivité, ils sont toujours présents. En effet, si un membre est impliqué dans un conflit ou dans la maladie par exemple, toute la communauté est concernée. D'ailleurs ils disent souvent « plus on est nombreux et plus on fait de bruit, mieux on se porte ».

¹ L'HARMATTAN. *Le livre des gitans de Perpignan*. Paris : l'Harmattan, 2003. 176p.

² FONSECA I. *Enterrez-moi debout : L'odyssée des Tziganes*. Paris : Albin Michel S.A, 2003. 339p.

Leur culture est très fortement marquée par les voyages, la cuisine, la musique ainsi que la danse du flamenco. Les fêtes y sont nombreuses et de grande ampleur. Une des traditions importantes de la culture gitane est le mariage. Normalement, le mari est choisi par la famille de la fille, c'est un mariage forcé et organisé par les deux familles. Ce sera une très grande fête dans les traditions avec notamment une qui ne se perd pas : le rite du mouchoir qui permet de montrer la virginité et la pureté de la mariée.

Dans ce milieu, c'est l'homme qui a la place prépondérante, il a tous les droits tandis que la femme n'en a aucun. Les femmes doivent rester à la maison, s'occuper du foyer, des tâches ménagères et des enfants pendant que les hommes travaillent ou sortent s'amuser. Elles n'ont pas de liberté, n'ont pas le droit de sortir, de boire, de fumer, ne peuvent rien faire seule et doivent obéir à leur mari, aux hommes de la communauté. La femme est dénigrée, certaines ont l'interdiction par leur mari de choisir leur façon de s'habiller et de se maquiller. Il y a ici une différence énorme entre l'homme et la femme. Quelques fois elles se définissent même comme « esclaves » de leur homme voir de leur enfant. En effet, un garçon, même jeune à de l'influence sur sa mère, celle-ci doit le respecter comme elle respecte son mari. Si une femme désobéit, le mari la bat, la frappe, sans scrupule, parce qu'elle n'a pas respecté la règle. Les femmes gitanes restent là et encaissent généralement par peur. Il est difficile pour elle de partir, ne sachant pas comment partir, où aller, avec quels moyens ni même comment vivre sans leurs hommes. Paradoxalement, elles sont habituées, patientes et ont toujours appris à vivre comme ça, c'est leur mode de vie. Il y a généralement dans le clan, un homme qui est le chef de famille. Il a une place prépondérante, beaucoup d'influence, et est sollicité très souvent dans tout genre de situations de la vie quotidiennes. Le chef de famille doit se faire respecter et ce par toutes les manières qu'elles quelles soient. Les altercations violentes font parties de leur culture.

1.3 Analyse et question de départ

La culture gitane si différente de la culture « française » est toujours défini par les « clichés » de la société et est pleine de préjugés. Bien que cette culture ai évolué, ils vivent maintenant le plus souvent dans des maisons modernes et équipées et s'intègrent à la société en trouvant du travail, ils sont encore rejetés voir exclus de la société française notamment du fait des représentations qu'on lui attribue. Les gitans sont considérés comment des gens indigents, analphabètes, violents voir délinquants. Autrefois ont les surnommer « voleurs de poules » car ils volaient des poules dans le but de se nourrir.

En effet, les représentations que la société a des gitans sont négatives et les comportements se rapportent ainsi au racisme, à la méfiance, la crainte, la peur, la distance sociale. Pour faire référence à ma situation, les représentations de cette culture a suscité pour moi de la « peur ». Nos appréhensions étant au maximum, j'ai été incapable d'intervenir et de me positionner. Les préjugés concernant cette culture ainsi que les sentiments de peur et d'impuissance ont pris le dessus et la capacité à rester soignant était quelque peu entravée.

J'en viens alors à la question de départ suivante, en lien avec le champ disciplinaire *Sciences et techniques infirmières, interventions* :

« En quoi les représentations culturelles peuvent-elles impacter dans le prendre soin par le soignant ? »

Mots clés : culture, représentations, relation, prendre soin, éthique

2. Phase conceptuelle

À travers différentes lectures, se rapportant à ma situation, j'en ai tiré des concepts en lien avec ma question de départ. Ces lectures m'ont permis de fixer certaines notions et de me renseigner sur les nombreux points touchant ma situation, développée dans cette partie.

2.1 La culture

2.1.1 Définition

D'après le dictionnaire 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 Dans les Sciences humaines et soins infirmiers, la culture est définie comme étant un « *ensemble lié, de manières de penser, de sentir et d'agir, plus ou moins formalisées, qui étant apprises et partagées par une pluralité de personnes servent d'une manière à la fois objective et symbolique à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte* ». ⁴

³ Larousse [en ligne]. Editions LAROUSSE [consulté le 9 septembre]. Disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072>

⁴ La notion de culture [en ligne]. ROCHER G [consulté le 9 septembre]. Disponible sur internet : http://jmt-sociologue.uqac.ca/www/word/387_335_CH/Notions_culture_civilisation.pdf

Nous pouvons constater, l'importance de la culture chez l'Homme, elle définit l'identité d'une personne ou d'un groupe de personne et reflète tant l'individu que l'environnement dans lequel il évolue. Elle dépend de plusieurs aspects de la vie en société : l'environnement, l'époque, les technologies, mœurs, morale, valeurs, croyances, rites religieux...ce qui permet une culture différente d'un individu à l'autre.

Le livre d'I. LEVY, *Guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants*⁵, permet de comprendre l'importance des traditions culturelles et l'intérêt de les intégrer dans les soins. Ils permettent ainsi une piste de réflexion sur l'adaptation des soins infirmiers.

Soignants mais avant tout humains, hommes et femmes, notre identité est formée par notre culture, expériences, croyances, coutumes... Dans notre métier, nous devons garder tous jugements de valeurs et adapter la prise en charge du patient à n'importe quelle situation.

2.1.2 Cadre législatif

Le respect de la culture de chacun est appuyé par des textes de lois tel que l'article 18 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 décembre 1948 : « *Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction, seule ou en commun, tant en public qu'en privé, par l'enseignement, les pratiques, le culte et l'accomplissement des rites* ». ⁶

Les Hommes ont la liberté d'expression religieuse et une notion de non discrimination des agents de service public. Ces notions sont également reprises dans la charte du patient hospitalisé décrite dans la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002.

L'item 8 énonce que « *la personne hospitalisée est traitée avec égards* »⁷, c'est-à-dire qu'elle est libre d'exercer sa culture et son culte tant qu'il n'y a pas entrave à l'organisation des soins.

⁵ LEVY I. *Guide des rites, cultures et croyances : à l'usage des soignants*. Estem, 4e édition, 2013. 504p.

⁶ *Ministère de la Justice, texte et réformes* [en ligne]. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [consulté le 30 septembre 2017]. Disponible sur internet : <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>

⁷ *Charte de la personne hospitalisée* [en ligne]. Usager, vos droits [consulté le 30 septembre 2017]. Disponible sur internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

À ceci, se rajoute des textes spécifiques dans le domaine médical permettant d'assurer à tous, sans discrimination, une prise en soin égale. Le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières pose dans l'article 25 comme un devoir de l'infirmier de « *dispenser des soins au patient qui en a besoin, quels que soient son origine, sa nation, sa religion* ». ⁸ Le décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise dans l'article 1 que sont « *inclus dans les actes professionnels la prise en compte de la culture de la personne, tant pour des soins préventifs, que curatifs, ou palliatifs* ». ⁹

De plus, le code de la santé publique ¹⁰ conforte la prise en charge multiculturelle dans les articles R. 4311-2 : « *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* » et R.4312-25 « *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* ».

Tous les textes de lois ci-dessus, sont une brève ébauche du cadre législatif concernant l'intégration de la culture dans le soin. Ils énoncent l'exercice libre de la culture propre à chacun ainsi que la prise en charge de l'utilisateur quelque soit sa dimension multiculturelle.

⁸ *Legifrance* [en ligne]. Article 25, décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Secrétariat général du gouvernement, mise à jour le 25 septembre 2017 [consulté le 30 septembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁹ *Legifrance* [en ligne]. Article 1, décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Secrétariat général du gouvernement, mise à jour le 25 septembre 2017 [consulté le 30 septembre]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

¹⁰ *Infirmier.com* [en ligne]. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique [consulté le 30 septembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>

2.1.3 La culture à l'hôpital

L'hôpital est défini généralement par les patients comme un lieu hostile, qui effraye et qui rappelle le contexte de la maladie. C'est un lieu pouvant provoquer angoisses et peurs, le patient se retrouve seul et sans repère. C'est pourquoi, il se rattache à ses habitudes, croyances et culture. De plus, chacun à ses propres représentations de l'hôpital, de la maladie et de la santé, définies par le groupe culturel auquel il appartient. Celles-ci peuvent influencer son adhésion aux soins par la difficulté de comprendre pourquoi tel soin est nécessaire par exemple, car ne faisant pas partie de sa culture. En effet, cette dernière peut imposer des devoirs aux patients, incompatible avec l'amélioration de son état de santé. Il en découle alors une incompréhension, des attitudes, conflits voir des comportements violents et incompris pas l'équipe soignante. C'est dans ce contexte là, qu'on se doit, soignants, de donner du sens aux soins que l'ont réalisent.

Après l'étude d'un article de revue en particulier : *La dimension culturelle dans les situations de soins*, de la revue Soins,¹¹ et de différentes recherches, j'en ai ressorti que la diversité des cultures questionnent les professionnels de santé quant à l'accompagnement dans les soins. En effet, ces derniers sont souvent confrontés aux difficultés dans la relation de soin, de part l'incompréhension lié à la langue ou encore aux comportements qui se réfèrent à des codes culturels. Les soignants se sentent démunis face à ces situations et demandent de plus en plus des formations pour accéder à la connaissance des spécificités culturelles.

Virginia Henderson, décline les 14 besoins fondamentaux. Parmi eux, un révèle que le patient a besoin de « *pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance* »¹².

¹¹ VONARX N., DEBOUT C., BOUDIN M-J. et al. La dimension culturelle dans les situations de soins. *Soins*, juillet-août 2010, n°747, pp.15-39

¹² *Cours - Soins Infirmiers - Virginia Henderson* [en ligne]. Infirmiers.com [consulté le 9 septembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

En effet, lors des enseignements théoriques à l'IFSI, on apprend qu'il est important de prendre en compte le patient dans sa globalité et non pas que par la maladie, dans le but d'optimiser la prise en charge et de respecter les différences de chacun.

Il est indispensable de créer une relation avec le patient, le mettre en confiance en permettant une communication afin de prendre le temps de le connaître, de comprendre la personne soignée, son mode de vie, ses habitudes, ses plaisirs, sa culture... Ceci permet au patient de se sentir, écouté et entouré, ce qui lui évoquera une prise en charge sûrement efficace. Pour apporter des soins de qualités bénéfiques pour le patient, il me paraît important de les adapter et de les personnaliser à chaque patients, tant à ses besoins personnels qu'à sa culture et sa religion.

Je fais le lien avec ma situation et l'impact qu'a eu mes représentations de la culture gitane dans le prendre soin. Lors de celle-ci je n'ai pas su intégrer la culture dans le soin, les représentations ayant pris le dessus et compromettant ainsi ma prise en soin.

2.2 Les représentations sociales

2.2.1 Définition

Les représentations sont un « fléau » sur lequel on lutte mais qui nous confronte tout au long de notre pratique. Le concept des représentations sociales est issu de celui des représentations collectives introduit par le sociologue Emile Durkheim, qui a permis à Serge Moscovi (psychologue social et historien des sciences)¹³ d'en élaborer une théorie selon laquelle le sujet va se construire par rapport au monde qui l'entoure.

Denise Jodelet (psychosociologue) donne la définition suivante : « *la représentation sociale est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »¹⁴.

Dans la vie sociale, les représentations sont des phénomènes complexes et très présents. Elles intégrant les attitudes, opinions, croyances et valeurs présents dans la vie sociale.

¹³ LALLI P. Représentations sociales et communication. Psychologie sociale et communication. Hermès, la revue [en ligne]. Janvier 2005, n°41, pp. 59-64 [consulté le 20 février]. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2005-1-page-59.htm>

¹⁴ JODELET D. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaire de France, 2003. 454p

Elles permettent à un groupe de définir leur identité sociale afin de mener à bien son action en fonction du contexte et de justifier au mieux les choix et attitudes.

2.2.2 Les représentations culturelles

Les représentations culturelles sont issues des représentations sociales, elles existent pour tous et chacun les adaptent comme il l'entend. Comme nous l'avons dit dans le chapitre précédent sur les représentations sociales, elles sont instaurées dans la société, plus ou moins marquées selon les personnes, leurs tempéraments et ce qu'elles en pensent....

En effet, comme je l'ai expliqué dans ma phase conceptuelle, la culture gitane a suscité en moi une forme de pensée sociale en lien avec les représentations de la société, notamment de ce qu'en disent les médias. Les déplacements en groupe, la violence de cette culture et de ce qu'ils veulent paraître m'ont amenée à ressentir un sentiment de peur, mettant les représentations en premier point. Je n'ai pas réagi, paralysée par ce sentiment, voulant me protéger moi-même et n'essayant pas de mieux comprendre la situation.

Soignant, mais avant tout humain, chacun réagit en fonction de sa culture. Chacun pense et a ses représentations des autres cultures, influencées par les expériences personnelles et professionnelles, les valeurs et les mœurs de chacun. L'adaptation et les limites vont permettre le travail du soignant qui se doit d'user de ses compétences plus au moins développées afin de mener à bien la prise en soin.

En France, les cultures et les croyances sont diversifiées. En tant que soignants, nous sommes amenés à rencontrer des personnes avec des cultures différentes. Bien souvent, l'incompréhension où la méconnaissance des différentes cultures peuvent freiner la prise en soins et conduire à de l'agressivité, un renfermement, voire un refus de soins de la part du patient, tout comme un sentiment d'impuissance de la part des soignants. Bien que l'infirmier ne puisse pas connaître en profondeur toutes les cultures, je pense qu'il est important de savoir que quelques fois la culture influence les comportements, notamment en matière de santé, sujet souvent tabou en fonction des cultures.

Il est impensable d'oublier les représentations culturelles ou d'y faire l'impasse puisqu'elles font indéniablement parties de la société, mais peut être faut-il trouver un juste

milieu lorsque la tenue professionnelle est enfilée. Professionnel de santé, nous avons un rôle bien défini, le « cœur du métier » : le prendre soin.

2.3 Le prendre soin

Le prendre soin est un concept qui prend tout son sens dans la langue anglaise avec le mot « care » défini par le psychanalyste Winnicot. Il démontre deux dimensions du prendre soin : l'attitude dans la relation de soin et l'action de soin.

C'est le terme « caring » qui est particulièrement intéressant ici. En effet, il renvoie à « *une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'une dans une attitude de sollicitude et d'attention* ». ¹⁵

On peut donc faire le lien avec la globalité du soin, la prise en charge humaine et personnelle, propre à chaque personne. Le prendre soin, est un concept basé sur plusieurs critères dont l'humanité, le souci de l'autre, l'attention envers autrui. Ceux-ci se manifestent donc par les soins relationnels comprenant la communication, la relation d'aide et l'accompagnement.

Pour faire le lien avec ma situation, l'attention envers la patiente a été moindre voire inexistante de part la peur ressentie face à cette scène de violence, ainsi que les représentations culturelles que j'avais des personnes gitanes. Je n'ai pas réagi, j'ai laissé la patiente se faire violenter et ma prise en soin a été altérée.

2.4 L'éthique

Accepter, respecter et intégrer la culture de chacun est un fait, mais je me suis heurtée à un problème éthique au vu de cette situation : soignante devant une scène de violence faisant probablement partie de la culture de la patiente.

D'après le dictionnaire Larousse, l'éthique est « *l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un* » ¹⁶.

¹⁵ FAVETTA V., FEUILLEBOIS-MARTINEZ B. Prendre soin et formation infirmière. Recherche en soins infirmiers [en ligne]. Avril 2011, n°107, pp. 60-75, [consulté le 17 février 2018]. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.html>

¹⁶ Larousse [en ligne]. Editions LAROUSSE [consulté le 13 mars 2018]. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ethique/31389>

Mais dans quelles mesures et jusqu'à où peut-on parler d'éthique ? Ne pas porter de jugement et prendre en soin toutes personnes quel que soit leurs cultures, fait parti du rôle que l'on doit avoir en tant que soignant. Par ailleurs, les valeurs sont divergentes selon les cultures. Elles peuvent être contradictoires pour nous, mais acceptables pour d'autres. Alors, dans une situation similaire est-ce éthique de consentir à la violence parce que celle-ci fait probablement partie de leur culture ? Comment l'intégrer dans le soin lorsque celle-ci à la finalité presque opposée ? C'est une question complexe et à laquelle ce jour, malgré différentes recherches je n'ai toujours pas de réponses.

Je pense néanmoins qu'il est indispensable de prendre du recul par rapport à notre propre culture et aux représentations que l'on peut avoir, afin de repérer une culture médicale, de composer avec les valeurs professionnelles et d'effectuer une prise en charge de qualité.

Cette partie sur le cadre conceptuel de l'éthique peut être liée avec la partie sur le cadre législatif. En tant que professionnel nous nous devons de soigner les patients de diverses cultures sans jugement. Les règles déontologiques le confirment.

3. Phase exploratoire

À la suite de mon analyse et mes lectures, il me paraît indispensable d'avoir le ressenti des soignants relatif la prise en soins des patients de cultures différentes.

3.1 L'enquête de terrain

3.1.1 Population et terrain d'enquête

J'ai choisi d'interroger trois infirmier(e)s afin de me centrer sur la relation paramédicale, en y incorporant tant le rôle propre que le rôle prescrit. Mon choix c'est porté sur un service de pédiatrie car selon moi, il y a un impact culturel important aux extrémités de la vie et surtout un rapport à la maladie qui est différent. De plus, j'ai souhaité mettre en lien, tant la culture de l'enfant mais aussi le rapport à la culture de la famille présente.

Pour ce faire, j'ai cherché un service de pédiatrie susceptible d'accueil des enfants avec une diversité culturelle importante. C'est donc naturellement que je me suis dirigée vers un Centre Hospitalier Public, où les cultures sont beaucoup plus marquées que dans le privé.

J'ai donc pris contact par téléphone avec la cadre de santé d'un service de pédiatrie, plus particulièrement le service des soins continus de chirurgie pédiatrique. Je me suis présentée et j'ai développé mon projet d'enquête et mon sujet afin de savoir si elle m'autoriserai à le réaliser dans son service. J'ai tout de suite eu son accord et nous avons ainsi fixé deux rendez-vous pour rencontrer trois infirmières puéricultrices.

3.1.2 Outil d'enquête

J'ai conçu un guide d'entretien dans le but de réaliser un entretien qualitatif semi-directif avec des questions ouvertes, permettant ainsi un échange avec les soignants et pouvant être adapté tout au long de la discussion.

Concernant les questions, j'ai d'abord souhaité étayer le parcours de la personne interrogée : l'année de diplôme, l'année d'exercice, le temps d'exercice dans ce service, le parcours professionnel... S'en suit alors plusieurs questions globales sur la culture et la difficulté de l'intégrer dans le prendre soin en faisant appel à des probables situations vécues.

Le sujet de mon mémoire étant délicat, intrusif, et personnel, puisqu'il traite des représentations culturelles, il me paraît indispensable de bien formuler les questions pour mettre en confiance les soignants, afin d'avoir leurs ressentis les plus sincères. C'est pourquoi, je n'ai choisi de parler des représentations culturelles qu'à la fin de l'entretien si la conversation ne menait pas sur ce sujet.

Bien sûr, ce guide n'est qu'une brève ébauche des questions, que je souhaitais poser au départ, avec des pistes de réflexions. Il a été réalisé à partir de ma situation, de ma question de départ et des concepts associés.

3.1.3 Réalisation de l'enquête

Mon enquête de terrain s'est réalisée sur deux jours afin d'interroger trois infirmières du service, travaillant en binôme, en plage horaire de douze heures.

Pour le meilleur déroulement des entretiens, j'ai utilisé un dictaphone afin d'effectuer l'enregistrement, après autorisation des professionnels. Cela m'a permis de me consacrer entièrement à l'échange et d'appuyer certains points lorsque j'en ressentais le besoin.

Lors des entretiens, la discussion fût fluide et les questions de mon guide pas forcément toutes posées au vu de la direction que la conversation prenait. J'ai choisi tout de même lors du premier entretien, de poser la question sur les représentations (étant le point essentiel de mon sujet) parce que l'infirmière n'en avait pas du tout abordé le sujet. Ce fût délicat, afin de ne pas influencer sa réponse mais la suite de la conversation me paraissait importante et enrichissante pour mon analyse.

Enfin, je souhaitais parler des biais de cette enquête. Intervenir sur le lieu de travail des soignants est complexe. J'étais ici dans un service actif, où le temps à m'accorder n'était pas prévu et les infirmières pas forcément prévenues. J'ai eu l'impression de « les prendre de court », car au début un peu désarmé sur mon sujet, le qualifiant comme peu commun et ne savaient pas quoi répondre.

Elles avaient besoin de réfléchir, de puiser dans leur parcours professionnel afin de rechercher des situations rencontrées, des exemples... Malgré ce, mes entretiens se sont généralement bien déroulés, souvent entrecoupés par l'activité du service ou la réflexion des infirmières, ce qui a allongé la durée initiale prévue de chaque entretien.

3.2 Analyse des entretiens

Pour analyser mes entretiens, j'ai choisi de mettre en lumière dans chaque interview l'idée principale de la puéricultrice interrogée.

Pour les trois, les représentations existent mais elles disent rester « professionnelles ». Dans certaines situations, elles sont réticentes mais affirment que les représentations culturelles ne sont pas pour elles un frein dans la prise en charge des patients.

Dans le premier entretien, l'infirmière parle souvent de l'adaptation aux différentes cultures. Elle dit « on personnalise », elle souligne le fait de considérer et d'intégrer la culture de l'autre dans le soin. En effet, lors de cet entretien, la puéricultrice interrogée revient sur l'intérêt commun, le même but pour les soignants et les parents.

Je dirais même qu'elle fait abstraction des différentes cultures en trouvant un terrain d'entente qui est la santé, le bien être de l'enfant, tout aussi important pour la famille que pour le personnel soignant. Par ailleurs, il y a toujours des appréhensions sur la prise en charge de patients de cultures différentes, liées aux représentations, mais ici l'IDE précise qu'en tant que professionnel, « on se doit de respecter le choix des autres et pas émettre de

jugement », elle parle de professionnalisme, du rôle du soignant. Je fais alors le lien à la déontologie, prendre en soin le patient quelque soit sa culture. Pour finir, par rapport à cet entretien là, j'en ressort que malgré les représentations bien présentes et les appréhensions qu'on peut avoir, il faut rester professionnel en trouvant un intérêt commun, un même but : la santé de l'enfant.

Dans le deuxième entretien, je constate presque un « oubli » de la culture. Dans cette situation, l'IDE affirme clairement avoir des représentations sur la culture magrébine. En effet, ici on parle des repas sans porc pour les magrébins donnés automatiquement sans leur demander leur avis ou encore des interventions soignantes pendant les prières. Je retrouve souvent, comme dans le premier entretien, le terme de l'adaptation, de l'intégration de la culture dans les soins. Or, avec du recul et en analysant j'en ressors un écart entre le discours de l'IDE et les actions relatées.

Elle dit « on s'adapte », elle parle de respect mais dans les situations il y a en quelque sorte une abstraction de la culture. En effet, les repas sans porc sont automatiquement donnés aux musulmans voire même aux enfants ayant des prénoms de connotation musulmanes, sans leur demander si ils ont un régime sans porc ou non. Ici, librement l'infirmière affirme que c'est pour elle une représentation de cette culture, elle dit justement que la culture est tellement bien intégrée que c'est devenu un automatisme. Ceci devient quand même plus problématique si la personne n'a finalement pas un régime sans porc. Dans ce cas, qu'en est-il alors des représentations ? Dans la situation des prières, l'infirmière me raconte qu'elle rentre dans la chambre pour y faire le soin si celui-ci est important. Pourtant juste avant, elle parle de respect et d'acceptation de la culture, pourtant elle fait quand même. Je souligne alors un décalage entre ce qui est dit et ce qui est fait. Dans ce cas, l'infirmière fait ce qui est important pour elle et en « oublie » la culture de l'autre. Pour terminer, on retrouve également dans cet entretien, les termes d'aprioris mais malgré tout de professionnalité.

Comme je l'ai cité plus haut, le lien se fait avec la déontologie et les règles professionnelles liées à la profession d'infirmier, concept développé dans le cadre conceptuel.

Enfin, pour le dernier entretien, c'est une autre dimension des représentations culturelles. On retrouve toujours le respect, l'adaptabilité et les règles professionnelles. Mais la

situation racontée par l'infirmière est un peu différente du fait de la prise en charge et je fais le lien avec ma situation interpellante, similaire dans les émotions rencontrées. Une phrase importante pour moi est « c'est qu'on prend les choses avec des pincettes ». On peut ici parler d'adaptation mais avec un peu plus de contraintes, tout est contrôlé, tout est réfléchi en fonction de la culture de l'autre. Je trouve que l'infirmière va contre ses valeurs mais ça la dérange, on ressent même un peu de colère dans la façon où elle le dit. Ici, ressort très bien la confrontation des représentations que l'on a avec les cultures différentes et les émotions engendrées par le soignant. La réticence et les aprioris sont très bien expliqués, l'infirmière s'est adaptée jusqu'à présent mais cette situation, plus difficile et les représentations engendrées par la culture du papa ont fait qu'elle ne peut plus continuer. L'émotion rencontrée par l'infirmière dans cette situation, accentuée par ses représentations, ont déclenché un mécanisme de défense qui est la fuite et le fait de passer le relais à l'équipe. Ce mécanisme de défense a permis à l'IDE de se protéger elle mais aussi de ne pas impacter négativement la prise en charge de l'enfant qui aurait pu être selon elle « incomplète et altérée ».

L'infirmière affirme, avec un peu plus d'ampleur que dans les deux autres entretiens, que les représentations, les aprioris et les images véhiculées par la société peuvent être un réel problème puisque qu'elles amplifient les émotions ressenties par les soignants et engendrent des mécanismes de défense. Dans cette situation et dans des situations similaires, l'équipe est ressource importante du soignant impacté puisqu'elle va prendre le relais et ainsi permettre un impact négatif moindre dans la prise en soin du patient.

Dans les trois interviews, revient toujours comme problème particulier, la barrière de la langue. Je n'ai pas souhaité en parler dans mes analyses parce que ce n'est pas des représentations et qu'au fil des entretiens, ce sont des problèmes qui sont presque toujours réglés avec différents moyens. Il y a des situations plus ou moins difficiles, où la barrière de la langue est plus présente et où la prise en charge sera un peu plus longue, mais les soignants trouvent toujours divers moyens.

Par contre, les infirmières parlent toute de la communauté des gitans et de leur venue à l'hôpital en « groupe ». Ce sont pour elles des situations difficiles à gérer avec certainement des aprioris, elles disent « jouer les gendarmes ». En effet, elles se demandent toujours comment elles vont prendre en compte un afflux de personnes dans un service de soins intensifs. Les représentations que génèrent les gitans peuvent au premier

abord leur inspirer de la peur, de la méfiance... Mais malgré les difficultés, la plupart du temps après plusieurs reprises, les règles de visites sont acceptées et vont rendre visite à leur proche à tour de rôle. Finalement, même avec des représentations, ce n'est pas quelque chose qui leur pose réellement problème puisqu'elles arrivent à « gérer », aussi avec différents moyens et toujours dans l'intérêt commun du bien être de l'enfant.

Pour conclure, les trois puéricultrices interrogées, confirment que les représentations existent et qu'elles peuvent plus ou moins impacter la prise en soin, par des appréhensions ou des réticences, mais qu'elles se doivent de rester professionnelles. En pédiatrie, elles expliquent que c'est peut-être plus facile d'intégrer la culture et de faire l'impasse sur les représentations car il y a un terrain d'entente avec la famille, un but commun, qui se situe sur le prendre soin et la santé de l'enfant et que les familles sont peut-être plus compréhensives. Malgré tout, le degré d'acceptabilité et le type de représentations, vont engendrer clairement des émotions, plus ou moins ressentis, qui vont être différentes en fonction des soignants.

De mes entretiens, chaque infirmière le vit différemment, je ressors trois cas : l'adaptation, l'impasse sur la culture et l'équipe ressource, tous dans l'intérêt commun du bien être de l'enfant et des règles professionnelles.

3.3 Mise en lien avec la situation de départ et les concepts

Par la réalisation de mes enquêtes de terrains et les échanges avec les trois infirmières interrogées, je m'aperçois de l'existence véritable des représentations sociales et culturelles. Elles sont inévitables et font parties de notre société, mais chacun les prend d'une façon différente et crée une manière de les accepter et de les intégrer dans la prise en soin. En effet, les représentations, de par la culture qui nous conditionne, ont un impact différent pour chacune et moi-même.

La culture étant particulièrement présente dans le service interrogé, il est clair pour chacune des trois infirmières que celle-ci doit être prise en compte dans la prise en soin afin de ne pas déstabiliser le patient et son entourage. Comme l'affirment les infirmières, le service de soins continus chirurgiques est déjà un service complexe, quelque fois un service difficile pour les parents. Á ce moment là, je fais le lien avec le concept évoqué précédemment : la culture à l'hôpital.

Comme je l'ai dit, l'hôpital étant pour les patients un lieu hostile, ils se raccrochent à la culture et celle-ci peut être une aide dans la prise en soin. C'est alors que les infirmières intègrent ainsi l'explication et la compréhension aux patients et parents des actes réalisés. Elles évoquent aussi la traduction pour les familles étrangères et par là, la mise en confiance de celle-ci.

D'autre part, elles confirment l'existence des représentations culturelles, faisant de nous jours parties de la société. Dans leurs discours, les infirmières sont conscientes des représentations qu'elles peuvent avoir et en explicitent même certaines fois un frein. Une infirmière dit que les représentations musulmanes sont tellement bien intégrées dans ce service et dans notre société, que quelques fois elle ne demande même pas l'avis au patient concernant son alimentation.

Les représentations envers les autres cultures entraînent réticences et émotions diverses bien explicitées. Ceci est personnel mais se développe en fonction de l'entourage social et des médias. Par contre, toutes, me confirment avoir des moyens d'adaptation afin de réaliser une prise en charge de qualité et de se concentrer sur l'intérêt du métier : le soin.

Dans les trois entretiens, les termes d'adaptation, de respect, de non jugement et les règles professionnelles reviennent à chaque fois. C'est ce qui se rapporte au concept de l'éthique et de la déontologie. Je fais ici le paradoxe avec ma situation de départ. En effet, moi, je n'ai pas su m'adapter et rester professionnelle face à la patiente, j'ai choisi de fuir, d'engager ce mécanisme de défense en vue d'un trop plein d'émotion et d'une émotion particulière : la peur.

Plus particulièrement, je me reconnais dans la situation de la troisième infirmière, elle aussi, elle aussi, l'émotion de la peur à pris de le dessus et à provoquer le mécanisme de fuite, en quelque sorte. La situation est presque identique, le roumain de part sa personnalité, sa carrure et sa réputation se rapporte aux représentations que j'ai des personnes gitanes. L'émotion de la peur est la même que moi, ce qui engendre ainsi un mécanisme de défense de la part de l'infirmière : la fuite et le relais à l'équipe qui est ressource importante. En effet, prendre conscience et passer le relais, permet au soignant de rester professionnel pour effectuer ses missions malgré les émotions suscitées par ses représentations face au patient de culture différentes.

Pour finir, je qualifie encore ma situation de départ comme complexe. En effet, les représentations de la culture gitane, ont touchées toute l'équipe présente devant les « scènes de violences ». J'ai particulièrement été affectée et questionnée, mais ce sentiment à été ressenti par tout le monde, associé avec le sentiment d'impuissance et de non réaction. Les représentations ont engendré des émotions, mais le relais n'a pas pu être passé puisqu'elles ont été ressenties par tous les professionnels. Á travers ce travail, j'ai voulu faire le lien avec la déontologie et l'éthique, comme en parle beaucoup les infirmières interrogées. Or ici, j'ai trouvé ceci particulièrement difficile. Je pensais ne pas avoir respecté la déontologie du soin, contraire à la violence. Cependant cette violence faisant probablement, d'après toutes mes recherches, partie de leur culture, en m'y opposant, j'aurai pu montrer que je n'acceptais pas et ne prenais pas en compte cette dimension culturelle. Alors qu'ici, mon comportement a pu montrer une certaine forme de respect.

3.4 Hypothèse de recherche

Alors que dans ma situation mes représentations ont clairement impacté ma prise en charge, en prenant en compte les réponses des différents entretiens, la déontologie infirmière n'est pas dépassée par leurs émotions.

J'émetts l'hypothèse suivante : **si les représentations culturelles existent et engendrent des réticences face à certaines prises en soins mais que le professionnalisme prime alors l'infirmière doit être amenée à développer une neutralité face à chacun des patients.**

CONCLUSION

La réalité du terrain démontre une diversité des populations, un ensemble de relation et d'interactions entre les différentes cultures, sans cesse en évolution dans le domaine de la santé. Dans ma future pratique professionnelle, je serai en permanence avec des patients de culture différente de la mienne.

Travailler sur ce thème, m'a permis d'acquérir une certaine « conscience culturelle » qui est primordiale afin d'améliorer la qualité du prendre soin.

J'ai pu mettre une explication sur les représentations que l'on peut avoir, comprendre d'où elles viennent, comment elles agissent et comment les intégrer dans le soin. Les représentations sont le reflet de ce qu'on apprend, de nos personnalités et de nos ressentis.

Au travers de ce travail, j'ai su témoigner de l'importance de notre rôle relationnel. Il m'a permis d'étayer mes connaissances en développant de nombreux concepts et valeurs professionnelles indispensables en tant qu'infirmière quant à l'exercice de la profession. Cela me permettra en tant que future professionnelle de m'attarder sur chacun des besoins et attentes des patients pour permettre une prise en soins de qualité et un accompagnement des plus optimal.

Finalement, cette démarche de recherche, m'a permis une réflexion sur mes pratiques et une prise de recul sur mes propres attitudes soignantes. J'ai pu cerner et toucher du doigt comment l'infirmière peut adapter les soins afin de considérer cette variable comme indissociable et d'être culturellement compétente.

Me voilà maintenant à la fin de mon Mémoire de Fin d'Etudes, approchant à grands pas du Diplôme d'Etat Infirmier. En retraçant ces trois années et en mettant un point d'honneur sur l'élaboration de ce travail, je m'aperçois de l'immensité des choses que j'ai pu acquérir, principalement des connaissances en lien avec la profession, mais aussi pour moi même. J'en retiens que le travail d'apprentissage ne cesse jamais et que l'expérience fait grandir. En tant que future professionnelle, je mets en avant l'analyse de sa pratique et la remise en question au cœur de ce métier.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

L'HARMATTAN. *Le livre des gitans de Perpignan*. Paris : l'Harmattan, 2003. 176p.

FONSECA I. *Enterrez-moi debout : L'odyssée des Tziganes*. Paris : Albin Michel S.A, 2003. 339p.

LEVY I. *Guide des rites, cultures et croyances : à l'usage des soignants*. Estem, 4e édition, 2013. 504p.

JODELET D. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaire de France, 2003. 454p

Articles de revues :

DEKUSSCHE C. Le cœur rebelle des voyageurs. *L'infirmière magazine*, avril 1999, n°137, pp. 36-41.

AUTUREAU P. L'accès aux soins et les gens du voyage. *La revue de l'infirmière*, avril 2012, n°180, pp. 18-29.

VONARX N., DEBOUT C., BOUDIN M-J. et al. La dimension culturelle dans les situations de soins. *Soins*, juillet-août 2010, n°747, pp.15-39

Articles électroniques :

JODELET D. Culture et pratiques de santé. *Nouvelle revue de psychosociologie* [en ligne], janvier 2006, n°1, pp. 219-239, [consulté le 26 octobre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-depsychosociologie-2006-1-page-219.htm>

VIGIL-RIPOCHE M.A. Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Avril 2011, n° 107, pp. 6, [consulté le 15 février 2018]. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-6.htm>

FAVETTA V., FEUILLEBOIS-MARTINEZ B. Prendre soin et formation infirmière. Recherche en soins infirmiers [en ligne]. Avril 2011, n°107, pp. 60-75, [consulté le 17 février 2018]. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm>

LALLI P. Représentations sociales et communication. Psychologie sociale et communication. Hermès, la revue [en ligne]. Janvier 2005, n°41, pp. 59-64 [consulté le 20 février]. Disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2005-1-page-59.htm>

Documents électroniques :

Larousse [en ligne]. Editions LAROUSSE [consulté le 9 septembre 2017]. Disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072>

La notion de culture [en ligne]. ROCHER G [consulté le 9 septembre 2017]. Disponible sur internet : http://jmt-sociologue.uqac.ca/www/word/387_335_CH/Notions_culture_civilisation.pdf

Cours - Soins Infirmiers - Virginia Henderson [en ligne]. Infirmiers.com [consulté le 9 septembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

Culture et soins infirmiers [en ligne]. MALANDRINO J., 1999 [consulté le 9 septembre 2017]. Disponible sur internet : <http://www.malandrino.net/memoire/html/p1-1.html>

Guide du voyageur et du soignant [pdf]. Centre Hospitalier d'Angoulême, juin 2005 [consulté le 16 septembre 2017]. Disponible sur internet : <http://fnasat.centredoc.fr/>

Ministère de la Justice, texte et réformes [en ligne]. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [consulté le 30 septembre 2017]. Disponible sur internet : <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>

Legifrance [en ligne]. Article 25, décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Secrétariat général du gouvernement, mise à jour le 25 septembre 2017 [consulté le 30 septembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Legifrance [en ligne]. Article 1, décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Secrétariat général du gouvernement, mise à jour le 25 septembre 2017 [consulté le 30 septembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

Charte de la personne hospitalisée [en ligne]. Usager, vos droits [consulté le 30 septembre 2017].

Disponible sur internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

Infirmier.com [en ligne]. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique [consulté le 30 septembre 2017]. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>

Larousse [en ligne]. Editions LAROUSSE [consulté le 13 mars 2018]. Disponible sur internet : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ethique/31389>

SOMMAIRES D'ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien

ANNEXE II : Verbatim n°1

ANNEXE III : Verbatim n02

ANNEXE IV : Verbatim n°3

ANNEXE I

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Je suis étudiante en 3^{ème} année en soins infirmiers. Pour la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, sur un sujet qui me questionne, j'ai choisi comme situation l'impact de la culture dans le soin. En effet, j'ai été régulièrement confronté lors de mes stages à la difficulté d'intégrer voire d'accepter la culture de « l'autre » dans le soin.

Je réalise alors une étude afin de questionner les professionnels de santé sur cette problématique, pour laquelle je vous demanderai votre accord. Cette étude, sera anonyme avec enregistrement audio de vos données si vous le permettez.

Connaissance du professionnel de santé :

- Depuis quelle année êtes-vous diplômé ?
 - Depuis quelle année exercez-vous ?
 - Depuis combien d'année exercez-vous dans ce service ?
 - Quel est votre parcours professionnel ?
1. Etes-vous confronté régulièrement dans votre exercice à des patients de cultures différentes ?
 2. Dans ce cadre, êtes vous confronté à des difficultés particulières ? Si oui, lesquelles ?
 3. Quels sont les moyens que vous mettez en œuvre pour intégrer la culture dans le soin ? Y a-t-il un protocole de service particulier ?
 4. Pouvez-vous me raconter une situation qui vous a questionné, dans laquelle il vous a paru difficile d'intégrer la culture du patient ?
 5. Qu'est ce qui a été difficile pour vous dans cette situation ?
 6. Avez-vous identifié une émotion particulière pour vous qui aurait suscité cette situation ?
 7. Pensez-vous que cette situation a pu impacter dans le prendre soin ?
 8. Pensez-vous que les représentations que relayent la société sur les différentes cultures peuvent être un frein dans la prise en soins des patients ?
 9. Avez-vous été face à une situation où il vous a été difficile d'intégrer la culture de part vos représentations ? Si oui, pourriez-vous me la raconter ?
 10. Avez-vous mis en place des mécanismes de défense ?

ANNEXE II

ANNEXE II : Verbatim n°1

Chloé : « Je me présente. Chloé, étudiante de 3^{ème} année à l'IFSI de Millau. Pour la réalisation de mon MFE, j'ai choisi une situation qui concerne l'impact de la culture dans le soin, la difficulté à l'intégrer voire l'accepter. Ici, en ciblant un service de pédiatrie, je choisis de prendre en compte également l'impact culturel des parents dans la prise en soin de leur enfant. »

PUER : « D'accord. À Montpellier, on est amené à... heu... soigner des enfants de cultures très diverses. Mais c'est quand même selon moi les cultures magrébines et gitanes qu'on rencontre le plus. »

Chloé : « Oui en effet, c'est ce que je pensais. C'est surtout en fait vos ressentis et votre « manière » de soigner les patients de cultures différentes qui m'intéresse. En premier, pouvez-vous me dresser un portrait de votre parcours ? Depuis quand êtes-vous diplômée ? Quels services avez-vous fréquentés ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? »

PUER : « Du coup, moi, je suis diplômée, heu, j'ai été diplômée infirmière en 2007 et après j'ai travaillé un an en salle de réveil adultes et enfants en clinique privée, puis j'ai fait l'école de puériculture et en sortie de diplôme je suis venue en chirurgie pédiatrique ici en soins continus et j'en suis pas partie depuis. Donc je suis là depuis bientôt 8 ans, même beaucoup plus du coup... »

Chloé : « D'accord. Je commence à rentrer dans le sujet. Êtes-vous confronté régulièrement dans votre exercice à des patients de cultures différentes ? »

PUER : « Oui, bien sûr, heu c'est vrai que on a, heu, alors on a souvent des enfants nous qui viennent de toute façon de milieu différents, heu on a effectivement des gens qui ont des religions différentes de la notre donc... des personnes musulmanes, heu parce que du coup on traite surtout, enfin c'est une partie, tout ce qui est malformation néo-natale et heu culturellement on a pas les mêmes approches de la maladie et du handicap et que voilà on est amené à avoir, je dit pas la majorité, mais on en a régulièrement parce que du coup c'est vécu différemment et que la prise en charge est pas la même, enfin pour eux, la vision du handicap n'est pas la même que chez nous, enfin que dans une culture plus occidentale et que du coup voilà des enfants qui auraient peut-être nécessité une interruption médicale de

grossesse ou quelque chose comme ça n'a pas été désiré parce que, par leur religion et leur culture et que du coup voilà nous ça nous arrive de les recevoir après en prise en charge. »

Chloé : « D'accord, donc au niveau des cultures, vous avez de tout ? »

PUER : « Oui c'est très varié. Après nous on accueille les enfants de la naissance jusqu'à des grands adolescents, donc ça peut être... et on accueille en fonction, soit il faut qu'il y ait une pathologie particulière qui a besoin d'une surveillance rapprochée, soit qu'il est été opéré d'une chirurgie plus simple mais qu'il ait des antécédents, soit après on reçoit tout ce qui est brulé ou accident de la voie publique, donc en fonction des disciplines du coup oui ça peut être très varié. Effectivement, c'est surtout les malformations et les rachis qu'on opère souvent à l'adolescence donc on peut avoir des personnes d'origine maghrébines mais après voilà, des accidents ça peut arriver chez tout le monde #rires#. On peut avoir différentes cultures. Celle qui revient le plus, c'est celle là mais après on en a d'autres aussi, on a des gens qui viennent de l'étranger quand c'est les vacances, voilà c'est multiculturel donc après on s'adapte. »

Chloé : « Oui bien entendu. Du coup par rapport à ça, est ce que dans la prise en charge vous avez déjà été confronté à des difficultés liées à la culture que ce soit avec l'enfant ou avec la famille, le rapport ? »

PUER : « La barrière de la langue, heu qui bloque parce que c'est ce qui est pas toujours facile, après on essaye de s'adapter hein... euh en fonction de leur croyances, cultures, mais c'est vrai que c'est plutôt la barrière de la langue qui des fois nous pose problème parce que du coup on a pas les même dialecte, on parle pas la même langue donc heu... mais après on arrive à se faire comprendre on trouve toujours des moyens que ce soit, enfin voilà des fois les mamans qui parlent soit anglais, espagnol aussi, enfin voilà on s'adapte, on baragouine un peu mais voila, ça peut être très varié alors à nous de nous débrouiller et de nous faire comprendre. »

Chloé : « Donc la plus grosse difficulté pour vous c'est la barrière de la langue ? Au niveau de leurs traditions, leurs cultures par exemple, ressentez-vous aussi des difficultés ? »

PUER : « Heu si des fois ça peu être quand on a des populations gitanes, heu où ils sont très nombreux, ça va être le flux de population, après c'est que c'est culturel aussi, pour un proche hospitalisé, ils se déplacent nombreux et surtout en pédiatrie ça se voit, mais c'est

la qu'on a besoin de gérer le flux, parce que voilà on est en soins continus et nous on tolère deux personnes par chambre max et on le comprend que ça va à l'encontre de leur culture, et c'est pour le bien être de l'enfant alors on essaye de jongler entre les deux et... et c'est assez facile, on se fait assez bien comprendre finalement. Après oui je dirais que la barrière de la langue c'est notre principal problème. On a aussi des enfants qui se font opérer, qui viennent d'Afrique, heu par des associations, sur des opérations qui sont assez heu particulières, donc c'est pareil c'est des enfants qui connaissent pas, qui sont en France juste pour l'opération. Puis l'idée c'est plutôt ça c'est cette barrière parce que du coup ils comprennent pas forcément et nous non plus on comprends pas forcément et donc des fois du coup c'est un peu compliqué, parce qu'on peut pas mettre de mots sur ce qu'on fait, même si on les mets, en fait la barrière fait que c'est compliqué de se faire comprendre mais... c'est la plus grosse difficulté, parce que même après c'est souvent ça qui nous freine, parce que du coup dans l'éducation, l'accompagnement, enfin y a plein de chose dans lesquelles ont intervient et la du coup on est un peu limité quoi....

J'essaye de réfléchir, un soin où on a rencontré des difficultés....

#Silence#

Je dirai une fois, on a dû faire une transfusion à une enfant avec des parents témoins de Jehova, où ça a été un peu compliqué, mais après on a réussi à négocier. À moment donné, on voulait pas remettre en cause leur culture, leur croyance, mais bon, que le bien être de leur enfant passe en priorité, malgré leurs croyances. Après effectivement ils ont fini par accepter, même assez rapidement mais après voilà c'est tellement rare quand même, même si nous souvent c'est la barrière de la langue qui nous pose soucis. Des fois quand il y a des mamans magrébines et que c'est des chambres doubles et que c'est le papa qui reste à côté, on voit que ça leur pose problème mais après on trouve des solutions, on a des paravents et tout après on peut pas toujours mais on essaye au maximum de faire en sorte que ce soit pas un problème, mais après ça quand même c'est de l'adaptation même par exemple au niveau des régimes alimentaires en prévenant les cuisines, enfin voilà on tient compte de tout ça quoi mais la barrière de la langue c'est quand même le plus compliqué d'après moi hein bien sur »

Chloé : « D'accord et du coup par rapport à ça, qu'est ce que vous mettez en œuvre ? Est-ce que vous avez des moyens dans le service ? »

PUER : « Surtout le rapport avec la famille qui quelque fois traduit, un membre qui comprends mieux et tout ça quoi. Après on a aussi des traducteurs sur l'hôpital, mais on les appelle vraiment si il a une grosse conversation à avoir, des décisions à prendre, des choses très importantes. Après on a aussi des médecins, qui parlent arabe, parce que c'est quand même le type de culture qu'on rencontre le plus, qui vont pouvoir venir faire heu le traducteur aussi. Et après dans la famille y a souvent au moins une personne qui parle ou comprends au moins le français. Donc on arrive toujours à se débrouiller et après ils font des progrès, au début ils comprennent pas du tout mais après dans l'échange c'est beaucoup plus fluide avec le temps. Après quand on doit vraiment parler, y en a toujours une ou deux qui se débrouille en anglais, on essaye avec d'autres langues quoi, après y a aussi les gestes sinon, y a beaucoup de choses, y a beaucoup de choses, on se débrouille toujours. »

Chloé : « Oui d'accord, vous trouvez toujours des solutions, il y a quand même des moyens mis en œuvre, vous restez pas sans explications, vous trouvez une solution pour une bonne prise en charge. »

PUER : « Oui oui plus au moins facilement, c'est sur que c'est compliqué mais on arrive toujours à se faire comprendre, on trouve un moyen d'expliquer au moins l'idée principale, on s'adapte, ça n'impacte pas le soin. »

Chloé : « Tant mieux c'est le but. J'aimerais savoir si vous aviez plus précisément une situation qui vous a questionné dans laquelle il vous a parut difficile d'intégrer la culture du patient ou par le rapport avec la famille ? »

PUER : « Non j'ai pas l'impression que j'ai eu des difficultés, j'essaye de réfléchir mais c'est pas évident... #rires#

#silence#

Non j'arrive pas à voir, je vois pas, désolé... je vois pas forcément de situation. Non après c'est vrai qu'il est important de maintenir leur... enfin de considérer leur culture et de l'intégrer mais ça se fait »

Chloé « Ça se fait ? »

PUER : « Oui oui, non bien sur on y arrive, après c'est que chacun est libre de ses choix et on s'adapte heuuu... »

#silence#

Chloé : « Ça impacte dans le prendre soin vous trouvez ? »

PUER : « Non, je pense pas que ça impacte, après c'est que plutôt je pense qu'il faut, il faut... à partir du moment où c'est une culture différente de la notre, ou des convictions hein enfin c'est pas forcément religieux, mais différents de la notre, après il faut respecter le choix des autres et pas, pas émettre de jugement. Enfin voilà, il y a quelque temps, on a eu une petite fille, avec des malformations, heu enfin avec une trisomie 21 et effectivement on en a entendu dire, moi je l'ai entendu, vous auriez pas du la garder. Alors qu'en fait quand tu discute avec la famille, avec la maman, beh voilà c'est une maman d'origine mexicaine qui est très croyante, très religieuse, et qui pour elle voilà c'était pas dans son idée de même si y avait ça, beh pour elle c'était... ils y ont réfléchis hein, ils se sont dit, bon y aurait eu une autre maladie, peut être avec un impact plus physique, que ce que elle elle pensait en tout cas de la trisomie 21 elle aurait peut être pensé, mais la au vu de la situation, de ce qu'elle pensait de cette maladie là, du fait que son bébé bougeait, lui montrait des signes et tout beh elle a pris cette décision, bien que les médecins arrêtaient pas de lui dire beh non il faut arrêter. Du coup, je me dit on est pas là pour la juger bien au contraire elle a pris cette décision on est là pour l'accompagner au mieux. Après cette enfant a fait beaucoup de progrès, donc oui elle a une maladie mais c'est pas ce qui la définit. Et je trouve que c'était, de notre rôle de soignant, malgré les représentations que l'on a, on est là pour leur proposer et après c'est eux qui décident et on les accompagne dans leur décision donc ça sert à rien le médecin qui dit il faut il faut... à moment donné quelle place vous lui laissez en fait, quelle place vous laissez à notre choix et effectivement je pense que dans toutes les décisions prises hein, je pense que c'est important de l'intégrer et de dire, de se dire, ils ont pris leur décision, c'est leur choix, pour telle et telle raison hein après chacun est libre, nous on doit s'adapter et les aider le mieux qu'on peut, mais c'est quelque chose de général mais je pense que ça s'adapte à tout en fait, tout ce qu'on peut en penser, tout ce qui peut nous traverser l'esprit quand on est face à une situation qu'on considère différente... »

Chloé : « Et dans des situations comme ça, vous dites que vous vous devez de les accompagner mais ça c'est difficile pour vous, de pas émettre de jugement, d'assurer une prise en charge efficace malgré vos pensées, peut être vos représentations ? »

PUER : « Moi personnellement non, parce que je trouve que quand on vous dit au premier abord, elle a ça elle a ça elle a ça... parce que quand on fait les relèves c'est ce qu'il se passe hein on vous donne tout le listing sur les patients, l'entourage et tout ça quoi... on pense beaucoup de choses, on se pose beaucoup de questions, mais voilà c'est leur décision après, y a aucun jugement à émettre c'est comme ça, vous pouvez pas dire non vous avez ça, non vous êtes comme ça, retournez chez vous je vous soigne pas... #rire#... de toute façon on est pas là pour juger et de dire que ça nous plait pas ça c'est clair ! »

Chloé : « Peut être des émotions particulières alors dans des situations identiques enfin similaire où autres, où la culture interfère ? »

PUER : « Non, non je voit pas, non parce que ça se passe bien dans la majorité des cas ici, enfin pour moi... enfin hormis cette barrière de la langue ou des fois c'est difficile et frustrant mais après quand on arrive à se dépatouiller, parce que on y arrive toujours, voilà, y a pas de problème réels, pas plus dans une culture que dans une autre en fait, c'est pas parce que l'enfant il est de culture différentes.... Après voilà en pédiatrie comme ils savent qu'on est là pour le bien être de leur enfant, c'est peut être plus facile, enfin ça dépend comme les choses sont amenés... »

Chloé : « C'est à personnaliser quoi... »

PUER : « À partir du moment où on personnalise oui, où on leur demande leur avis, ce qu'on devrai faire, ce qu'on veut mettre en place, comment faire.... Quelque part de leur expliquer ce qu'on a prévu, ce qu'on veut faire et pourquoi, à partir du moment où ils comprennent ou on veut en venir et qu'on va dans la même direction qu'eux, c'est-à-dire qu'on veut le bien être de leur enfant, je pense qu'a moment donné, peut importe la culture qu'ils ont, il y a pas de problème. »

Chloé : « D'après vous alors c'est peut être plus facile l'intégration de la culture chez l'enfant, enfin ça pose moins de problème ? »

PUER : « Oui voilà, parce que on a le même but : la santé de l'enfant »

Chloé : « Je vois. J'aimerais terminer sur une question : pensez-vous que les représentations que relayent la société sur les différentes cultures, ici à Montpellier la culture gitane et maghrébine par exemple, peuvent être un frein dans la prise en soins des patients ? »

PUER : « Heu oui après c'est sur que en fonction... heu oui, forcément on a des représentations qui peuvent, pas forcément un frein mais qui peuvent voilà, on a je pense qu'on a parfois certaines réticences avant de les connaître je parle, quand on a des annonces, quand on nous dit y a tel enfant qui va arrivé il est comme ça, on se demande comment ça va se passer beh on a pas forcément, enfin voilà quand c'est un enfant musulman, souvent le père il est imposant, quand c'est une femme en face de lui il a pas forcément les mêmes réactions et tout quoi... du coup c'est vrai qu'on se demande, après une fois qu'on arrive à les connaître, après notre première rencontre, une fois que les choses sont posées, on a jamais eu vraiment de soucis. Mais heu c'est vrai qui peut y avoir cette appréhension de se dire mince comment ça va se passer quoi. Enfin voilà, d'après nos représentations, c'est vrai qu'on sait par exemple, que les familles gitanes, ils sont nombreux, qu'on va devoir leur répété qu'ils doivent rentrer un par un, on se dit ohlala il vont encore venir à 36, comment on va faire, il va falloir encore qu'on fasse la police, alors qu'en fait voilà, oui effectivement c'est le cas des fois on va devoir les remettre en place mais ça peut aussi être le cas avec d'autres familles. C'est juste que cette représentation là des gitans a tendance à ressortir, mais heu au début avant la prise en soins mais après aucun impact quoi, vraiment que ce soit un frein je pense pas non. Même si au début on a vraiment des réticences, une petite appréhension, après une fois qu'on a fait le point ça se passe bien, vraiment. »

Chloé : « Donc aucune difficulté pour vous ? »

PUER : « Oui totalement, on a toujours des représentations, c'est normal, c'est humain, mais, on fait, du moins je fais personnellement la part des choses et je ne crois pas que mes représentations ont impacté ma manière de prendre soin, même je ne pense pas avoir eu de difficulté liée à mes représentations de leur culture, une fois la prise en soin débuté. On fait vraiment la part des choses quoi, on est là pour soigner, on s'adapte et puis comme j'ai dit il n'y a pas de problème généralement tout se passe bien ! »

Chloé : « Oui c'est vrai, la finalité est le soin quelque soit la culture du patient »

PUER : « Voilà, et je trouve que c'est très bien adapté chez nous, dans ce service en tout cas #rires# »

Chloé : « Et bien j'ai terminé, si vous ne voyez rien d'autre aussi. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et l'intérêt mené à cet entretien. »

PUER : « Et beh de rien, c'était avec plaisir, c'est un sujet intéressant j'avoue même si j'ai pas dit grand-chose de problématique de coup #rires#, bonne continuation et bon courage pour ce mémoire. »

ANNEXE III

ANNEXE III : Verbatim n°2

Chloé : « Je me présente. Chloé, étudiante de 3^{ème} année à l'IFSI de Millau. Pour la réalisation de mon MFE, j'ai choisi une situation qui concerne l'impact de la culture dans le soin, la difficulté de l'intégrer voir l'accepter. Ici, en ciblant un service de pédiatrie, je choisis de prendre en compte également l'impact culturel des parents dans la prise en soin de leur enfant. »

PUER : « Moi je suis puer depuis 2012 et dans ce service depuis 2 ans et demi. Et beh c'est vrai qu'ici on a toutes les cultures, on est amené à prendre en charge des patients avec une multiculturalité quand même. »

Chloé : « Donc vous êtes confronté à des patients de cultures différentes... »

PUER : « #rires# tout à fait, beaucoup je pense, mais comme dans tous les CH, à partir du moment où on est dans un hôpital public quoi... Principalement la culture musulmane et la culture gitane, c'est vrai que c'est les plus présentes. Après, si on a vraiment des touristes mais c'est moins différents parce que c'est quand même une culture européenne... Mais ça nous arrive très très souvent d'avoir des musulmans et des gitans. »

Chloé : « Et dans leur prise en charge est-ce que vous rencontrez des difficultés, des problèmes particuliers envers l'enfant ou même la famille ? »

PUER : « Ce qu'on disait tout à l'heure avec l'auxiliaire, sur une entrée, quand l'enfant arrive, des fois peut être qu'on le fait même automatiquement je dirai, sans le demander, des fois quand l'enfant arrive et qu'il a un prénom d'une connotation musulmane, on met automatiquement nous dans leur repas, même sans le demander hein, c'est peut être pas bien hein, mais on met poisson, œuf, sans viande quoi et des fois on le demande même pas, car des fois même si ils sont musulmans ils pourraient être chrétiens hein mais c'est vrai qu'on le fait automatiquement et en plus c'est plus simple ça évite des problèmes à la dernière minute de chercher autre choses. En allant même plus loin, je dirai que ça, ça fait partie de la représentation qu'on en a je dirai des musulmans. Aux français, on leur demande pas si ils aiment ou aiment pas quelque chose, c'est le premier menu mais on demande pas les goûts quoi... alors que voilà sur les personnes maghrébines

automatiquement on ne met pas de viande, c'est une question de culture, de religion et de respect de ça... »

Chloé : « Donc pour vous c'est une représentation des musulmans et vous l'intégrez alors, c'est ça ? »

PUER : « En fait elle est intégrée automatiquement, elle est tellement intégrée que ça devient un automatisme, on le fait sans le demander, parce que on pense bien faire, parce que pour nous c'est comme ça musulmans = sans porc.

#silence#

Après, je continue hein #rires#, d'autres difficultés... la barrière de la langue... il existe des interprètes dans l'hôpital pour tout ce qui est entretiens, réunions importantes, mais dans les soins, pour tous les jours, c'est à nous de trouver des moyens de s'adapter, de se faire comprendre. C'est plus ou moins difficile selon les situations, après c'est plus du coup à nous de nous adapter mais c'est vrai que c'est un peu un frein quoi, la prise en charge peut du coup être plus longue. Mais là, tu vois, ça nous pose problème c'est sur, sur le moment, mais après on arrive toujours à communiquer, heu soit par la famille, quelqu'un qui parle mieux français, soit par l'enfant des fois qui comprends mieux le français que les parents, et puis après y a les gestes. Ce qui est bien aussi, c'est quand on a du personnel dans le service, je me rappelle une ASH qui parle arabe, ce qui arrive le plus souvent, la alors c'est la facilité pour nous. Et sinon, on peut aussi se débrouiller avec l'anglais. »

Chloé : « D'accord, c'est une difficulté mais relativement surmontable en fait »

PUER : « Voilà.

#intervention du kiné#

Ah, et les prières aussi... ça c'est compliqué des fois, c'est souvent arrivé quand tu rentres dans la chambre qu'ils font la prière comment te positionner en fait... Est-ce que je fais le soin ? Est-ce que je le fais pas ? Ça dure combien de temps ? Ça m'ai souvent arriver quand même et franchement si l'enfant est douloureux moi j'attend pas et là je parle pas d'une question de respect c'est juste que pour moi l'enfant passe en priorité avant la culture du parent quoi... Après je m'excuse hein et j'explique pourquoi j'ai quand même fait le soin et tout. Et là par contre tu vois, je parlerai pas d'intégration, parce que bon on

est dans un hôpital, en plus dans un service intensif quoi, et je vois pas pourquoi nous on ferai pas notre soin alors que eux ils s'arrêtent pas hein pas du tout c'est vrai, ils te calculent pas quand tu rentres et qu'ils sont en train de faire leur prière quoi, donc toi tu fais ton travail et puis voilà. Après moi, aussi, si c'est vraiment un tour et que ça peut attendre, je respecte, je ressors et je reviens plus tard bien sûr... »

Chloé : « La réaction ou le ressenti des parents alors dans ces situations ? »

PUER : « Moi, on m'a jamais rien dit, j'ai jamais eu de problèmes, y a jamais eu d'altercations, au contraire même après ils nous disent « non non mais c'est bon je comprends ». Comme ici c'est quand même un service de soins continus, et je pense que t'as quand même une notion de gravité des parents et qui passe au dessus du reste, comme ils veulent quand même en priorité le bien de leur enfants, ils sont aussi plus compréhensifs après je pense que dans les services à côtés quand même y a plus d'altercations, on le voit, le ton monte plus qu'ici, il y a plus de soucis, ici les soins sont nécessaires... »

Chloé : « Vous pensez que la culture peut impacter dans le prise en charge de l'enfant ? »

PUER : « Négativement ? Non, non pas négativement. On arrive toujours à faire en sorte que les soins soient fait et dans des bonnes conditions. On s'adapte, c'est pas gênant, je ne vois pas de réels problèmes. »

Chloé : « Vous dites on s'adapte mais les familles alors ? »

PUER : « Par contre oui, je pense que c'est plus nous qu'on s'adapte, l'adaptation viens plus de nous que de l'inverse. C'est difficile pour les familles, chez les gitans, c'est difficile d'intégrer qu'ils doivent pas venir avec toute leur communauté quoi, on est obligé de leur répéter plusieurs fois... Mais après, l'adaptation c'est notre travail aussi, puis quand même ils restent quand même respectueux de nous. »

Chloé : « Ici, vous arrivez alors relativement bien à intégrer la culture dans la prise en soin de l'enfant »

PUER : « Voilà, c'est en fait, est-ce qu'on l'intègre je sais pas, mais on fait avec et on respecte aussi, on essaye. Mais y a des choses, surtout dans ces cultures là, moi je trouve, la famille c'est très important et ils viennent surtout nombreux. Ici, on est dans un service ou y a des règles, normalement c'est deux personnes à la fois, pas plus en fait. Et c'est là,

où ça peut être plus difficile plutôt pour les familles gitanes, c'est là comme leur culture elle est en massive, en groupe, même si tu le dit 10 fois, ils le respectent plus difficilement mais là c'est une question de règles et pas d'intégration quoi. C'est la sécurité pour l'enfant, on accepte les visites, on va pas leur demander de pas venir mais voilà de venir à tour de rôle et d'attendre au bout du couloir, on leur interdit pas mais voilà y a des limites dans ce qu'on peut accepter et que c'est compatible avec les soins quoi. C'est difficile et ça peut être une culture où ils ne reconnaissent pas notre autorité entre guillemet et qu'ils en ont un peu rien à faire, ou alors ils vont essayer de nous la faire à l'envers quoi. Ils respectent ça plus difficilement, c'est plus difficile pour eux. Après, nous on intègre pas particulièrement cette culture là, mais nous dans le, le service c'est deux, mais c'est les règles, c'est deux, c'est la règle pour tout le monde, on a pas intégrer d'autre règles par rapport aux cultures c'est tout. On l'adapte pas pour la sécurité de l'enfant, on l'adapte pas aux cultures, y a des choses qui sont non négociables quoi, mais c'est pour tout le monde c'est pas une question de culture mais de respect. »

Chloé : « Là encore, on pourrai parler de représentations, les familles gitanes qui sont nombreuses et l'apriori que vous pouvez en avoir ? »

PUER : « Ah oui totalement, c'est des représentations que l'on a. »

Chloé : « Et vous pensez que ces représentations là, peuvent être un frein dans la prise en soins des patients ? »

PUER : « Heu... un frein c'est un grand mot en fait. C'est-à-dire que les représentations que l'on a des différentes cultures, nous donnent un peu un « apriori » sur l'enfant ou la famille qu'on va prendre en charge. Donc c'est vrai que c'est quelque chose, une prise en charge d'un peu plus compliqué, ça va prendre un peu plus de temps, parce que il faut aussi faire l'impasse sur ça hein on est là pour soigner pas pour juger. Mais je pense pas que les représentations feront que l'on soignera moins bien un enfant ou qu'on évitera sa prise en charge si c'était ça la question »

Chloé : « Oui d'accord. Vous auriez peut être une situation à me raconter où il vous a parût difficile d'intégrer la culture par vos représentations ? »

PUER : « Comme je t'ai dit tout à l'heure, et c'est peut être ce qui ressort le plus, les familles gitanes. Dès qu'on nous dit qu'on a un enfant gitan, on se dit que ça va être la

« merde » quoi #rires#, on se demande comment on va faire pour gérer l'afflux de personnes... heu surtout que les gitans c'est particulier... Les représentations qu'on en a, ils viennent en groupes, puis leur physique, leur façon de parler, de crier et la peur qu'ils nous apportent tu vois. On craint toujours la prise en charge de personnes gitanes, surtout la l'impact avec la famille, si il y a un malentendu, si ils sont pas compréhensif et tout... Au premier abord c'est toujours compliqué, on se pose toujours 20 milles questions mais après je pense qu'on fait avec quoi, comme tu demandais tout à l'heure, la prise en charge n'est pas impactée par les représentations que l'on a. On se doit aussi de rester professionnels et d'accomplir notre rôle, on fait l'impasse sur ses représentations, au moins le temps de la prise en charge. »

Chloé : « Vous avez peut-être des moyens pour faire en sorte d'intégrer la culture dans le soin et de faire l'impasse comme vous dites sur vos représentations ? »

PUER : « Des moyens... heu je pense que c'est surtout la professionnalité, le pourquoi est on est là. On est là pour soigner, il faut les soigner ces enfants et accompagner la famille, toutes cultures confondus, on a rien à dire sur ça. Je pense que le temps des soins, on doit se mettre un peu dans une « bulle » et ne pas penser aux représentations que l'on a de cette culture. Après c'est vrai que par exemple, pour la représentation de la peur pour la culture gitane, beh tu vois faire les soins à côté du papa grand et costaux qui te regarde c'est flippant, tu te dis si je fais mal il est capable de me tuer quoi, si le bébé pleure il est capable de s'énerver, on s'attend presque toujours au pire. Mais moi, j'essaye d'imaginer que c'est n'importe quel papa qui regarde son enfant rien de plus. Généralement ça passe. Y a pas de moyens spéciaux, pour intégrer la culture, on s'adapte en fonction des cultures, de la situation, de l'enfant, de ce qu'on en pense et ça c'est toujours différent c'est juste je pense qu'on doit savoir garder notre rôle professionnel. »

Chloé : « J'en ressort donc une adaptabilité du soignant face à la multi culturalité du service... »

PUER : « C'est tout à faire ça, rien de plus, pour ma part ! »

Chloé : « #rires# parfait, alors j'en ai terminé, merci de m'avoir accordé ce temps »

ANNEXE IV

ANNEXE IV : Verbatim n°3

Chloé : « Je me présente. Chloé, étudiante de 3^{ème} année à l'IFSI de Millau. Pour la réalisation de mon MFE, j'ai choisi une situation qui concerne l'impact de la culture dans le soin, la difficulté de l'intégrer voir l'accepter. Ici, en ciblant un service de pédiatrie, je choisis de prendre en compte également l'impact culturel des parents dans la prise en soin de leur enfant. »

PUER : « D'accord »

Chloé : « Je commencerai par vous demandez de me dresser un portrait de votre parcours jusqu'ici »

PUER : « Alors moi j'ai eu mon diplôme d'IDE en 2007, j'ai travaillé pendant un an en médecine, puis celui de PUER en 2009, rentrée au CHU en 2010 en ortho et dans ce service depuis 2014. »

Chloé : « Donc ici vous êtes amené à avoir des enfants de cultures différentes ? »

PUER : « Oui bien sur, c'est le CHU, donc on accueille de tout et puis à Montpellier c'est connu plus particulièrement pour les populations gitanes et magrébines. »

Chloé : « Dans ce cadre, êtes vous confrontée à des difficultés particulières ? »

PUER : « Des difficultés on peut en toujours en trouver, dans ce genre de population, il faut savoir que c'est différent de notre culture à nous, plus occidentale, donc je pense, connaître et respecter leurs rites, c'est important. Surtout que dans ces milieux, la maladie c'est un peu un sujet tabou. »

Chloé : « Et qu'elles sont les difficultés qui ressortent ? »

PUER : « Après il y a des difficultés qui sont facilement réglées hein comme l'alimentation, maintenant on voit avec les cuisines et les repas sont adaptés. Ce qui est plus difficile pour nous, je dirai, c'est par exemple les prières, c'est compliqué de rentrer dans la chambre et de voir la maman prier, là je me dit qu'est ce que je fais ? Je rentre ? Je sort ? Et là, tu t'adaptes, si c'est important, que ça peut pas attendre je rentre et je fais ce

que j'ai à faire, je parle à l'enfant mais j'essaye de pas déranger la maman et si ça peut attendre, alors je respecte et je repasse plus tard. »

Chloé : #hochement de tête#

PUER : « Après, je dirai aussi dans les familles gitanes, c'est l'afflux d'individus qui viennent rendre visite à l'enfant. Ils viennent en communauté, et bien sur c'est leur culture mais c'est aussi pour nous une difficulté qu'on a, car on est en soins continus et on peut pas pour l'enfant hein pour sa santé, et puis c'est les règles, on peut pas laisser rentrer 20 personnes dans la chambre. »

Chloé : « Oui, je trouve que c'est une difficulté qui revient beaucoup... »

PUER : « Ah c'est certain, je pense que c'est peut être la principale difficulté lié à la culture dans ce service hein. »

Chloé : « Et donc par rapport à ça, qu'est ce que vous mettez en place pour intégrer la culture dans le soin ? »

PUER : « Intégrer la culture... heu... »

#silence#

Je pense que d'abord c'est un gros respect de notre part, on se doit d'accepter cette culture quoi. De toute façon, on est infirmière, on est là pour soigner pas pour juger c'est clair et net ! Après il y a aussi l'adaptabilité. Avec les repas comme je t'ai dit, on adapte en fonction des cultures, c'est sur qu'on va pas donner du porc à un musulman pratiquant, bien entendu et c'est pareil pour les prières, si on arrive à venir plus tard, si ça peut attendre. Je pense qu'il faut être ouvert d'esprit et connaître un peu la culture des autres. Par exemple, nous on donne souvent des jeux aux enfants, on sait de plus en plus que la musique chez les musulmans c'est interdit, donc on ne propose pas de CD comptines, tout comme chez une famille très chrétienne on ne propose pas de dessins animés qui peuvent paraître « vulgaire ». Une fois on nous a dit que l'âge de glace c'était trop vulgaire donc maintenant c'est vrai qu'on fait plus attention, c'est qu'on prend les choses avec des pincettes. »

Chloé : « J'ai envie de vous demander, si vous avez déjà eu ou pensez avoir eu des difficultés pour intégrer la culture d'un patient dans le prendre soin ? »

PUER : « Par exemple, je pense à une situation, elle me concerne pas mais c'était ma binôme ce jour là. Après c'est des difficultés dans cette situation liées à la culture mais je pense que ça peut aussi se retrouver dans toutes les cultures. Une fois un papa roumain, grand et imposant, a demandé le portable à une infirmière, et elle a pas voulu lui donner donc du coup il c'est énerver en disant « occupez vous de mon enfant et ne me parlez plus, vous verrez tout se paye, je connais votre nom ». Là, c'est vrai l'infirmière elle est restée choquée, et puis paralysée de peur quoi, elle ne voulait plus retourner dans la chambre, elle m'a laissé le relais... Et du coup, c'est compliqué, je pense d'intégrer cette culture quand déjà tu ressens de la peur d'y aller quoi. Parce que en fait, la l'infirmière a préféré passer le relais parce que elle pensait que sa prise en charge ne serait pas complète et altérée par ce qui c'était passé, la culture du papa et voir même plus loin des représentations personnelles qu'elle en avait. »

Chloé : « Vous parlez de représentations, vous pouvez m'en dire plus ? »

PUER : « Je pense que la représentation que l'on en a, parce que bon les roumains des fois ça fait flipper et on a un peu de réticence à rentrer dans la chambre, faut le dire. Je pense que ça a pu influencer... Ouais on pense les roumains violents, il dit ça, peut être sous le coup de la colère, mais alors qu'est ce qu'il peut me faire quoi... Ça vient des images véhiculées par la société hein, on en entend tellement parler comme ça, qu'à force quand on est face à une personne de cette culture, c'est ça qui nous reviens et dans ce cas là alors la peur est justifiée. »

Chloé : « Vous pensez que ces représentations peuvent être un frein dans la prise en soin ? »

PUER : « Un peu... Parce que quand même l'infirmière ne se sentait plus de continuer la prise en charge de cet enfant, c'est un mécanisme de défense hein la fuite. Ici, on a pu faire différemment et donc s'occuper de lui mais dans le cas où on aurait pas pu, il est possible que la peur prenne le dessus et que du coup, la prise en charge soit impactée, enfin je dirai plutôt qu'elle ne soit plus complète. C'est je pense le sentiment de peur qui aurait pu paralyser l'infirmière, enfin c'est même ce qui est arrivé mais si elle aurait continué la prise en charge, alors là oui, le mécanisme de défense aurait été le temps dans la chambre

qui se serait raccourci, à chaque soin, en fait là elle serait toujours restée le moins possible dans la chambre par peur et ce peut être au détriment de l'enfant. Il est important de le savoir et de s'arrêter quand on est plus capable c'est clair. »

Chloé : « Il y a eu ou il y aurait pu avoir un impact selon vous, dans le prendre soin de l'enfant ? »

PUER : « Beh en fait oui et non. Justement pour pas qu'il y est d'impact sur l'enfant, l'infirmière a passé le relais. Après, passer le relais ou non, ça dépend aussi de la personne et de sa capacité à faire l'impasse sur ça et à rester calme. Parce que cette situation aussi, ça aurait très bien pu arriver avec un papa seulement stressé pour son enfant, qui a peur quoi pas forcément roumain. Mais en effet, je pense que la représentation que l'on a, peut influencer le sentiment de peur et donc le besoin de passer le relais malgré le rôle de soin qu'on a. Et puis c'est quelque chose quand même d'important parce que du coup, le reste du personnel connaissant cette altercation avait quand même une réticence, à cause de ses représentations oui mais accentuée par la scène de violence si on peut dire envers cette infirmière là. »

Chloé : « Et bien merci pour cet exemple, c'est une situation que je trouve intéressante et exploitante »

PUER : « Ah oui, c'est sur même, c'est une situation qui nous a posé question. Après tu vois c'est relativement rare quand même, généralement la prise en charge des patients se passent bien dans toutes les cultures. »

Chloé : « Tant mieux #rires#. En tout cas, merci de m'avoir accordé du temps. »

REMERCIEMENTS

Je souhaiterai tout d'abord remercier ma référente pédagogique, qui m'a accompagnée, orientée et encouragée tout au long de ce travail et durant mes deux dernières années de formation au sein de l'IFSI de Millau.

Je remercie les formateurs de l'IFSI et les différents professionnels que j'ai rencontré tout au long de ma formation, ayant contribué à mon apprentissage et qui m'ont permis d'en arriver là aujourd'hui.

Je tiens ensuite à remercier les professionnels qui ont répondu favorablement à mes demandes d'entretiens et qui ont pris de leur temps pour parvenir à répondre de manière la plus précise possible à mes questions.

Je voudrai accorder, un merci tout particulier à deux de mes amies, Camille et Anaïs, qui ont été d'un grand et important soutien dans les bons comme les mauvais moments et qui m'ont permis d'avancer.

Enfin, je remercie mes parents pour le soutien moral et financier qu'ils m'ont apporté depuis mon engagement dans cette formation et qui ont toujours cru en moi.

« Les représentations : de la pensée à l'impact »

Résumé :

Lors d'un de mes stages, j'ai été confronté à la difficulté d'intégrer, voire d'accepter la culture de l'autre dans le prendre soin, ceci de part mes représentations culturelles. Après analyse de la situation et de la culture en question, j'en suis arrivée à la question de départ suivante : En quoi les représentations culturelles peuvent-elles impacter dans le prendre soin ? Á travers l'étude de plusieurs lectures et ouvrages, j'ai mis en lumière différents concepts tels que culture, représentation, prendre soin, éthique, mis en lien avec ma situation de départ. Ensuite, je me suis attardée sur l'avis des professionnels de santé sur ce sujet. Ils me prouvent bel et bien que les représentations culturelles existent mais affirment qu'il n'y a pas impact dans la prise en charge et me le justifient. J'en suis arrivée à l'hypothèse que les infirmières ne s'attardent pas sur leurs représentations de par le professionnalisme qu'elles placent au cœur du métier.

Mots-clés : culture, violence, représentations, prendre soin, éthique

« Representations: from thought to impact »

Abstract :

During one of my internships, I was confronted with the difficulty to integrate, difficulty to accept the culture of the other in taking care of, this from my representations cultural. After analysing the situation and the culture, I came up with the following question : How can cultural representations impact on the take care ? Through several readings and books, I pointed out different concepts such as culture, representation, caring, ethics, linked to my initial situation. Then, I have been interested in professionals opinions on this topic. They show me that the cultural representations exist but affirm that it doesn't impact in the care and justify it to me. I hypothesized that the nurses don't linger on their representations because of the professionalism they place in the heart of the job.

Keywords : culture, violence, representations, caring, ethics