

**Institut de Formation en Soins Infirmiers
de la Croix Rouge Française**

KLOS Julien

Promotion : 2009 - 2012

Le poids des maux, toute une culture.



Travail de Fin d'Etudes.

Soutenance passée le 22/10/12

REMERCIEMENTS

Je tiens, tout d'abord, à remercier Mme BOSSU, Directrice de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de la Croix Rouge Française d'Arras, Mme CAPRON, cadre infirmier et coordinatrice des étudiants de 3^{ème} année et l'ensemble de l'équipe pédagogique présente tout au long de ma formation.

Aussi, je tiens particulièrement à remercier Mme DEGRUGILLIERS Cadre infirmier et référente de mon TFE qui a su me conseiller, me soutenir dans la réalisation de ce travail et aussi pour sa disponibilité mais également pour m'avoir permis de rejoindre cette formation professionnelle et d'avoir cru en moi, en ce que je peux accomplir.

Merci, également, à Mr. DESPLAN pour les cours sur l'anthropologie, la sociologie et les diverses cultures dans le domaine du soin, en première année qui m'ont beaucoup apporté pour l'élaboration de ce travail.

Je remercie les personnels soignants qui ont bien voulu m'accorder un peu de leur temps pour me recevoir et pour leur collaboration sans laquelle ce travail n'aurait pu être réalisé.

J'aimerais remercier les personnels des établissements pour leur soutien, pour m'avoir aidé à me forger ma propre identité professionnelle et pour m'avoir incité à garder foi en mes valeurs, mes convictions, mon but. Je remercie également mes plus fidèles amis, qui sourient toujours, en particulier Laurent mon meilleur ami défunt qui jour après jour me guide, Maxime mon « petit frère » qui représente un idéal et enfin ma famille, ma mère, mon père, pour qui la vie n'est pas un long fleuve tranquille. Un grand merci tout particulier à ma grand-mère qui a toujours cru en moi et m'a constamment tiré vers le haut quand j'étais au plus bas, à qui je peux enfin prouver que la réussite n'est pas si loin que ça. A elle qui m'a appris la raison pour laquelle nous tombons au cours de la vie : « Pour mieux nous relever ».

PREFACE

« Soyez le changement que vous voulez voir dans le monde. »

Mohandas Karamchand Gandhi.

« C'est en parvenant à nos fins par l'effort, en étant prêt à faire le sacrifice de profits immédiats en faveur du bien-être d'autrui à long terme, que nous parviendrons au bonheur caractérisé par la paix et le contentement authentique. »

Dalai Lama.

SOMMAIRE

Remerciements	Page 2
Introduction	Page 5
Constat	Page 7
Choix et motivations	Page 9
Problématique	Page 11
Variables	Page 20
Hypothèse	Page 22
Cadre théorique	Page 23
Enquête	Page 35
Synthèse au regard de l'hypothèse	Page 42
Projet d'actions	Page 43
Conclusion	Page 47

INTRODUCTION

Au vu de l'augmentation des phénomènes migratoires et de la diversité culturelle au sein des populations, cette vaste thématique reste plus que jamais d'actualité. Il est très judicieux aujourd'hui de parler de société multiculturelle et même de « melting-pot » culturel comme disent les américains.

Au vu de l'actualité brûlante dans les médias des conflits entre populations ayant pour fer de lance leur propre culture, je trouve pertinent de faire un travail de recherche sur l'acceptation, la compréhension et la tolérance de chacun. Est-ce un idéal ? Peut-être. Je vais essayer de répondre à cette question parmi d'autres au cours de ces recherches et de ce développement d'idées.

J'ai été élevé dans un milieu où des personnes de cultures diverses se côtoyaient chaque jour, se respectaient pour ce qu'elles étaient et c'est ce qui a, en majorité, forgé l'idée que j'ai de l'importance et de la richesse des cultures de chacun. Peu importe les pratiques ou la couleur de peau, j'ai grandi en apprenant à considérer chacun comme étant, avant tout, un être humain à part entière et non-différent de moi-même.

A l'image de la société, le milieu hospitalier est un monde où toutes les cultures se croisent, s'échangent et parfois se heurtent. Ces rencontres se font dans un contexte qui mêle douleur et maladie, ce qui amène, parfois, à des relations conflictuelles entre les différents acteurs du soin. J'ai moi-même été confronté à ce genre de situation pendant mes stages formateurs, certaines de ces situations d'appel sont retranscrites dans le constat de départ qui représente la première pierre de ce travail. De ces situations est né un questionnement et ce même questionnement a entraîné des recherches afin d'établir une problématique. De cette problématique plusieurs variables sur lesquelles je peux agir à mon échelle ont été dégagées, mon hypothèse en est née et fut confirmée par mon enquête.

Enfin ce travail de longue haleine se termine sur un projet d'action me tenant particulièrement à cœur et que j'aimerais mettre en œuvre avec la collaboration et l'aide de mes futurs collègues au sein de la structure dans laquelle je serai employé, une fois diplômé.

Durant notre formation, on nous a enseigné à développer notre propre identité professionnelle afin de créer notre propre idée et pratique personnalisée du soin, et j'aimerais mettre un peu de « moi » dans ce futur métier que j'affectionne tout particulièrement.

PRESENTATION DE L'OBJET D'ETUDE

Constat de départ

Sur un lieu de stage, un patient d'un certain âge et de confession musulmane refuse catégoriquement qu'une femme ne l'aide pour sa toilette. Etant un homme et disponible à ce moment-là, je me propose donc afin de pouvoir satisfaire la demande de ce patient pour ne pas le brusquer et pour que son hospitalisation au sein du service se déroule de la meilleure manière qui soit. Une aide-soignante refuse prétextant le manque de temps et qu'il serait plus judicieux et rapide qu'une professionnelle déjà diplômée et habituée au service y aille pour ne pas finir les toilettes trop en retard. Le patient voyant une autre soignante arriver pour l'aider se met en colère en criant et en envoyant valser dans la chambre, sa bassine d'eau et son nécessaire de toilette. Mécontent et offusqué que personne n'ait pu répondre correctement à sa demande, en corrélation avec sa confession religieuse, le patient refuse toute aide féminine pour un soin où sa pudeur serait ébranlée. Devant le fait, l'équipe aide-soignante demande donc à ce que je prenne le relais à la fois pour le calmer mais également pour lui fournir une aide dans ses auto-soins et lui montrer que sa demande a été respectée.

Je me présente à cet homme et son comportement change, plus serein, plus détendu. Durant le soin, il m'explique que c'est de par son éducation et ses croyances qu'il n'accepte nullement l'aide d'une femme inconnue même soignante, en particulier sur les soins où il doit se dénuder. Le reste du temps de l'hospitalisation de cet homme, j'étais assigné aux soins d'hygiène et de confort de ce patient dans un souci de respect pour ses convictions et sa culture.

En stage, en maintien à domicile, au cours de la tournée habituelle à laquelle j'étais affecté avec mon aide-soignante référente, il y avait un patient de confession musulmane qui avait également un rapport difficile avec l'aide féminine (en dehors de sa propre femme) quant aux auto-soins. Ma référente, avec le temps, avait réussi à bien se faire accepter par ce patient et sa famille ce qui ne posait aucune difficulté lors des soins à prodiguer (hygiène et confort). Pour ma part, aucune difficulté ne s'est présentée non plus, au contraire, étant un garçon la relation de confiance s'est établie directement. Or, un matin, sans que personne

ne soit prévenu, alors que j'avais entrepris les soins, mes maîtres de stage sont venus évaluer mes compétences pratiques sur les soins d'hygiène et de confort.

Cela fut très mal vécu par le patient et sa famille, de par le fait que personne n'ait été prévenu de ce passage « à l'improviste » pour m'évaluer. La famille du patient était donc en froid, pointant une « impolitesse » de la part des personnes venues me voir mais surtout, ce qui a mis hors de lui le patient, c'est que celles-ci étaient des femmes et qu'elles avaient « violé » son intimité lors d'un soin, sans prévenir, en rapport avec les principes culturels et religieux de ce monsieur.

Dans un service de chirurgie, après une opération de prothèse de hanche, durant son suivi post opératoire, un patient d'origine africaine présentant des signes cliniques de douleur, refuse de recevoir des antalgiques. L'IDE, troublée, ne comprenait pas pourquoi ce patient refusait la prise du traitement antalgique et insista à plusieurs reprises en expliquant le rôle du traitement antalgique et ses effets sur l'organisme. Celui-ci a commencé à hausser le ton, refusant catégoriquement d'avalier des médicaments contre la douleur. Après explication de la part de ce monsieur à une aide-soignante, il s'avère que dans l'éducation et la culture de cet homme, la douleur ne doit pas être effacée, selon lui, par des méthodes « artificielles » mais qu'au contraire, il devait lutter lui-même contre elle.

On peut donc voir qu'avec ces exemples que la culture de chacun est une donnée très importante, si ce n'est primordiale, dans la prise en soins des patients et que celle-ci représente un élément de contrainte pour les soignants qui se plient, déjà, à d'autres contraintes comme le manque de temps lors d'un poste de travail pour approfondir les choses avec les patients en allant dans le sens de leurs croyances et leurs pratiques.

Choix du sujet :

Les différences culturelles dans les services de soins généraux. La place de la culture dans le soin est importante. Comme je viens de le dire, elle peut être moteur ou frein. Dans tous les cas, cet aspect a un impact sur la mise en place ainsi que sur la dynamique des relations et sur les actions réalisées auprès du patient.

Ces situations, dans un contexte multiculturel, m'ont amené à soulever un questionnement certain :

- Est-il possible, grâce à une meilleure connaissance des systèmes de références de chacun, d'améliorer le vécu de l'hospitalisation et de la maladie chez le patient, ainsi que la communication soignant/soigné ?
- Les représentations du soignant vis-à-vis du patient jouent-elles sur la prise en soin ?
- De quelle manière aborder les différentes cultures des patients sans entraver la gestion du service ?
- Sous quel aspect et de quelle façon ces concepts de communication, représentations et d'organisation peuvent-ils s'harmoniser ?

Motivations :

Depuis très jeune, j'ai une attirance certaine pour ce qu'il se passe en dehors de nos propres codes, en dehors de ce que nous montre le système occidental. J'ai toujours été fasciné par les différentes cultures du monde, qu'elles soient coutumes ou religions. Je me suis toujours senti pris d'une curiosité sans fin pour découvrir ces autres modes de vies, ces autres courants de pensée, ces autres façons de porter un regard sur le monde, avec certainement l'espoir secret de pouvoir compléter la mienne et celle des gens de mon entourage. Je crois sincèrement que nous apprenons chaque jour des autres et en particuliers de ceux qui ont une culture et une conception des choses différentes des nôtres.

Pour moi, la culture fait partie intégrante de l'identité d'une personne. C'est son style de vie, sa philosophie, sa manière d'aborder les choses et de les interpréter, de voir le monde et de cet angle je trouve impératif de prendre en compte ce facteur dans la prise en soins globale du patient.

En effet, pour qu'une prise en soins soit efficace et ait un but thérapeutique il faut que celle-ci inclut le patient dans sa globalité, que le patient soit soigné en tant que personne, qu'humain et non en tant que pathologie. Pour cela, prendre en compte la culture du patient est important, car elle fait partie de sa personnalité, de ce qu'il est.

La connaissance des représentations, des interprétations, des valeurs de chaque culture peut se montrer utile pour une prise en soins globale et complète, pouvant ajouter un renfort sur l'intérêt thérapeutique.

Suite à ce constat, à mes motivations, ma question de départ sera la suivante :

« Dans un contexte hospitalier, pluriculturel, quels sont les facteurs susceptibles d'entrer en compte dans la relation soignant/soigné afin d'améliorer la prise en soin du patient ? »

PROBLEMATIQUE

Une série de facteurs détermine la relation soignant-soigné, dont il demeure très difficile à l'heure d'aujourd'hui d'en définir l'aspect et la dimension culturels. La relation soignant/soigné est le « *lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé.*

Cette relation nécessite trois attitudes :

- *Un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments*
- *Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu*
- *Un minimum de disponibilité*

La relation soignante n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions¹. »

Cette relation comporte de nombreux facteurs comme :

- Les partenaires avec leur histoire, leur culture, leur psychologie, leur âge, leurs désirs, leurs perceptions, leurs statuts et rôles sociaux, leur affectivité ;
- La communication verbale avec le choix des mots et l'intonation ;
- La communication non-verbale notamment avec les gestes, mimiques, positions corporelles, attitudes, accessoires.

La relation d'aide, en grande partie, se définit selon la conjugaison de ces facteurs énoncés. Il n'est, cependant, pas impossible que certaines de ces données se contrecarrent et entravent la communication. Une poignée de ces facteurs représentant l'affect ou le contexte ont un rôle d'influence, de précision ou encore de perturbation du sens de la

¹ Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers / Marguerite Potier. - Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002. - (Les Fondamentaux; 2002)

relation. La négociation, quant à elle, sert à mener une relation difficile vers une évolution certaine.

La culture, bien loin d'être un fait immobile et figé au sein des individus, est une notion en perpétuel mouvement, constante évolution. Les croyances et les origines ont un impact certain sur la culture mais la part la plus prépondérante revient, en particulier, au niveau du parcours de vie. Dans la relation soignant-soigné un déni ou une méconnaissance de l'Autre sont sujets à amener une série d'évènements perturbateurs de la communication comme malentendus entraînant, entre autres, un manque de confiance, une rupture de suivi, une inobservance thérapeutique de la part des patients mais également un fort sentiment d'incompréhension et de frustration du côté des soignants.

Selon B. Tison² la culture se définit « *comme l'ensemble des significations et des représentations qu'un groupe d'individus élabore, conserve et s'efforce de transmettre*³ ». Ainsi l'identité culturelle représente la manière dont « *chaque individu intègre, de façon synthétique, la pluralité des références identificatoires qui sont liées à son histoire. L'identité culturelle renvoie à des groupes culturels de références dont les limites ne coïncident pas*⁴ » d'après D. Cuche⁵.

Ma proposition de phrase : au cours de sa vie un individu subit diverses influences qui vont contribuer à construire son identité : son éducation, son vécu, ses expériences personnelles, les influences d'autrui, toute la culture, les us et coutumes propres son pays d'appartenance. Il paraît judicieux de s'attarder un instant sur cette notion d'identité individuelle au cœur de tout ce concept d'identité culturelle.

Dans leur article, s'intitulant « Soignés, soignants et représentations au pluriel : de la reconnaissance dans l'approche interculturelle de soins⁶ », P. Farman et N. Vonarx exposent, selon les travaux de 2004 du sociologue, une certaine vision de l'identité

² Brigitte Tison, ethnologue et enseignant-chercheur au Laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie de Paris V; elle anime aujourd'hui des formations sur le thème de l'interculturalité en milieu hospitalier.

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

⁴ CUCHE D., (1996), Ibid. p. 30

⁵ Denys CUCHE, Anthropologue, Sociologue, Professeur des Universités, Université Paris Descartes.

⁶ PERSPECTIVE SOIGNANTE, n° 32, 2008/09, pages 113-129

culturelle. Cette identité culturelle est défini ainsi « *Un ensemble de représentation et de sentiments qu'une personne développe à son sujet*⁷ .»

L'identité se voit être une notion permettant à une personne de s'illustrer. Toujours dans cet article P. Farman et N. Vonarx⁸ soulignent que certains points concernant la culture peuvent s'extérioriser de part l'identité laissant donc apparaître le fait que l'identité individuelle a son propre rôle au niveau de la culture. C'est alors que l'on constate que réfuter ou nier la culture d'un individu, et donc d'un patient, équivaut à réfuter son identité, sa propre personne.

Il est judicieux de restituer également l'image et les représentations de l'infirmier au sein de cette relation interculturelle, car si l'infirmier possède, tout comme le patient, une identité individuelle ainsi que culturelle, il possède également son identité professionnelle. Cette identité se construit au fil des expériences du soignant de manière à la fois, consciente mais également inconsciente.

Les représentations que les patients ont des soignants jouent un rôle capital au sein de la relation soignant/soigné. Pour les patients, l'infirmier représente une personne accessible, si ce n'est la plus accessible dans leur condition de patient.

Les représentations sont des « *connaissances socialement élaborées et partagées par les membres d'un même ensemble social et culturel*⁹ ». Celles-ci permettent, notamment, aux soignants de mobiliser diverses connaissances selon leur cadre de pensée. Grâce aux représentations, le soignant peut entrer dans un processus dans lequel il lui est permis d'anticiper la différence à laquelle il va se heurter face au patient. De cette même manière le soignant peut envisager un comportement spécifique à adopter face à ce patient. En revanche, les représentations génèrent un risque important à prendre en compte dans la démarche vers l'autre : Celle de la catégorisation, du stéréotype.

⁷ TAP P. cité par VORNAX N., FARMAN P. Soignés, soignants et représentations au pluriel: de la reconnaissance dans l'approche interculturelle de soins. *Perspectives soignantes*, Septembre 2008, n°32 p. 118.

⁸ Pamela Farman Chargée d'enseignement. Faculté des sciences infirmières.
Nicolas Vonarx Professeur agrégé. Faculté des sciences infirmières.

⁹ Denise Jodelet, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1994 (pp. 36-57)

Les stéréotypes ainsi que leur utilisation représentent un risque pour la relation entre le soignant et le patient dans la mesure où ces stéréotypes amènent des raccourcis injustifiés, une incompréhension de la personne soignée dans ses croyances, paroles ou attitudes. Le risque principal étant d'inciter un illogisme certain, une incohérence, à s'immiscer entre les besoins émis par le patient et les soins qui lui sont prodigués.

Le stéréotype qui revient le plus souvent étant celui du « syndrome transalpin » ou « syndrome méditerranéen », définit comme étant l'expression bruyante d'un mal. Ce « syndrome » peut-être attribué aux personnes soignées, étant originaires de ces régions, par les soignants. Se crée alors un véritable contraste avec la définition même de la douleur et de sa perception, se voulant comme une expérience subjective. En effet, la douleur, ou tout du moins son expression, peut être jugée par les soignants comme n'étant pas proportionnelle à la gravité de la maladie. Ce serait oublier que la douleur est subjective est qu'elle dépend aussi bien de la personnalité du sujet que de sa culture.

Dans le cadre d'une prise en charge globale, la prise en compte de la culture de l'autre dans l'évaluation de la douleur est pourtant éthique.

Selon M. Formarier¹⁰, au travers de son article traitant de la relation du soin mais aussi de ses concepts et de sa finalité, la relation soignant/soigné y est défini comme « *l'accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des attentes, des affects et des représentations*¹¹ ».

C'est en ça que l'individu, conditionné en tant que patient, génère des attentes envers les soignants. En effet, l'individu venant en structure hospitalière, dans un contexte de maladie, entre en un lieu où l'inconnu règne, privé de ses repaires habituels établis par sa culture et sa personnalité. En effet, la structure hospitalière est catégorisée en « *huis clos structuré autour de la logique médicale*¹² » par le socio-anthropologue D. Le Breton¹³. Ce lieu de soins possède également sa propre culture, celle-ci étant considérée comme une culture savante.

¹⁰ Monique FORMARIER. Infirmière-Puéricultrice. Surveillante d'un service de pédiatrie dans un hôpital général. Auteure.

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

¹² David LE BRETON, « Hôpital et hospitalisé », *Cultures en mouvement*, 2003, n°61, p20.

¹³ David LE BRETON, professeur à l'Université de Strasbourg, membre de l'Institut universitaire de France et chercheur au laboratoire Cultures et Sociétés en Europe. Anthropologue et sociologue français, spécialiste des représentations et des mises en jeu du corps humain.

L'hôpital œuvre selon ses propres repères, repères dont les patients éprouvent parfois des difficultés à en identifier le sens. L'écart de culture entre l'hôpital et le patient s'avère être un facteur motivant cette incompréhension.

Les représentations de l'infirmier sont donc forgées à partir de ce modèle, celui de l'hôpital, ainsi que celui de la maladie et c'est selon ces données que l'infirmier va pouvoir créer sa propre identité professionnelle, sa propre pratique.

L'infirmier est tenu, dans sa pratique et quelque soit l'identité professionnelle qu'il s'est forgé, de prendre en charge le patient dans sa globalité, comme stipulé dans le décret de compétences dans le code de la santé publique, article R4311-26¹⁴. Cet article indique que la prise en charge globale du patient par le soignant doit se réaliser selon diverses prises en compte comme celle de la personnalité de l'individu dans ses composantes à la fois physiologique, psychologique, économique-sociale et culturelle. L'accent est d'ailleurs mis sur la dimension religieuse et culturelle concernant le devoir de non-discrimination de la part du soignant. Comme définit plus haut, l'infirmier lui-même dépend d'un organisme culturel à part entière régit par ses propres codes : La structure hospitalière.

La Circulaire du 2 février 2005 n°DH05/G/2005/57¹⁵ catégorise la laïcité dans les établissements de soin. Cette circulaire présente des principes telle la liberté d'expression religieuse, sous réserve de certaines restrictions. Ces restrictions s'appliquent au domaine de la pratique du soin, des règles de savoir-vivre vis-à-vis des autres patients ainsi qu'à leur entourage, des règles d'hygiène ou encore en rapport avec l'organisation du service et ses exigences. En plus de la liberté d'expression du culte, est stipulée dans la circulaire la neutralité du service hospitalier, le libre choix du praticien comme indiqué dans la charte du patient hospitalisé.

La culture peut se manifester sous formes de pratiques religieuses. Ces pratiques peuvent former un obstacle pour la réalisation des soins ou entraver la communication dans l'optique où celle-ci impose certains devoirs de culte au patient. C'est pour palier à cela qu'il est stipulé, dans la Circulaire du 2 février 2005 n°DH05/G/2005/57, que certaines restrictions à la liberté de pratique du culte entrent en rigueur dans le contexte de l'hospitalisation. En effet, si ces pratiques peuvent créer une entrave à la relation

¹⁴ Source internet : <http://www.l-idel.fr/actes-professionnels-7.html>

¹⁵ Source internet : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7833.pdf

soignant/soigné c'est avant tout car les pratiques de l'individu ne sont pas concordantes avec l'activité hospitalière, ni avec la dimension du soin ou encore l'état de santé physique et/ou psychique du patient. Le patient peut adopter un comportement jugé « d'étrange » aux yeux des soignants, ce qui entraîne alors une interprétation et une incompréhension par le personnel. Se dresse donc une difficulté à l'établissement de la relation soignant/soigné.

En plus des pratiques de culte, une autre donnée est à prendre en compte dans la dimension culturelle mais également dans la dimension du soin : La langue. En effet, la langue fait partie intégrante de la culture, elle en est une composante. Si la langue parlée par le patient est autre que celle du soignant, et par extension celle parlée dans tout l'hôpital, cela peut poser d'autres difficultés en matière de communication, de compréhension et peut également compromettre la relation de confiance. La langue est susceptible de compliquer la réalisation de certains soins, rien que dans le processus d'explication du soin pour rassurer le patient et/ou le solliciter pendant ce même soin, ou tout simplement dans l'aspect relationnel du soin. Cette différence entre les langues engendre bien souvent une frustration du côté du soignant, se sentant impuissant face à un besoin auquel il ne peut répondre car ne le comprenant pas, mais également du patient qui se sent incompris. Cette incompréhension générée par la différence culturelle est également un facteur d'éloignement et de délaissement du patient de la part du soignant, en effet un soignant ne pouvant communiquer convenablement avec un patient aura tendance à délaisser celui-ci. Tout ceci amène la possibilité d'une création d'angoisse majorée par l'univers dans lequel le patient est plongé, ce qui va à contre-sens des objectifs de soins et de l'accompagnement thérapeutique. Au problème purement linguistique s'ajoute la capacité propre de la personne à verbaliser son mal, ceci dépend de la richesse du vocabulaire dont elle dispose, et peut être pauvre dans sa propre langue. La position et la réception du soignant se retrouvent perturbées quand il fait face à une personne dont le bagage linguistique est pauvre, s'aidant de comparaisons maladroitement plutôt que devant une personne sachant s'exprimer sa souffrance avec un florilège de mots. Un rejet peut-être, instinctivement, créé ainsi qu'une négligence des appels du patient en question.

Un autre point important dans la relation soignant/soigné dans un contexte multiculturel mérite d'être approché, celui-ci étant l'ethnocentrisme.

L'ethnocentrisme est identifié par C. Lévi-Strauss¹⁶ comme « *la tendance, plus ou moins consciente, à privilégier les valeurs et les formes culturelles du groupe ethnique auquel on appartient* ¹⁷ ». Il consiste en une posture, un jugement, à établir que les valeurs, les normes et modes de vie de son groupe comme étant des références, amenant donc à négliger les autres. C'est un procédé qui touche chaque individu, s'imposant à nous lors d'une confrontation avec une situation perturbante. L'ethnocentrisme peut interférer dans le soin, nous faisant négliger et réfuter ce que le patient peut bien ressentir et/ou vivre, rejetant les représentations qu'il peut avoir de la maladie, du mal être mais aussi, nous en imposant des attitudes à adopter et des manières d'agir établies selon le modèle biomédical.

Ces données permettent de constater que le choc culturel au sein de l'hôpital et la non-compréhension de la culture de l'autre entraîne indéniablement un barrage dans la prise en soins du patient, dans sa prise en charge globale. Un barrage mais également, dans le pire des cas, un rejet de l'autre. Cela prouve que la dimension culturelle chez un individu fait absolument partie de son être, qu'elle est une part, une pièce du puzzle qu'est celui de l'être humain. Si une partie intégrante de la personne est incomprise et non prise en charge alors il y'a forcément un échec dans la prise en charge globale. Cela peut s'avérer dérangeant sur beaucoup de points dont le processus thérapeutique qui est mis en péril, un patient non pris en charge globalement présente davantage de difficultés à se rétablir qu'un patient pris en charge dans sa globalité. Ce heurt est également en position de provoquer des dégradations de l'état chez le patient concerné, l'incompréhension peut créer un repli sur soi, une forte anxiété et une sensation de rejet. Cela peut donc engendrer des conflits, des refus de soins, une inobservance thérapeutique de la part du soigné, et des jugements de valeur de la part des soignants.

Par exemple avec la notion du « syndrome méditerranéen » pouvant amener les soignants à étiqueter, à tort, ces patients de « mauvais malades » en ayant tendance à les délaisser même si ces derniers font appel à eux.

Il a déjà été vu, pour autre exemple, qu'un soignant indique sur la fiche d'alimentation du patient, à destination des cuisines, de façon automatique un régime « sans porc » en se

¹⁶ Claude Lévi-Strauss, anthropologue et ethnologue français qui a exercé une influence décisive sur les sciences humaines dans la seconde moitié du XX^e siècle en étant notamment l'une des figures fondatrices de la pensée structuraliste.

¹⁷ Dictionnaire de l'Académie française, 8^e édition, 1932-1935.

basant uniquement sur le physique, traduisant des origines maghrébines, du patient. Ainsi se crée également l'amalgame entre la religion et l'origine de la personne. Un individu d'origine maghrébine n'est pas nécessairement de confession musulmane.

Dans la relation soignant/soigné chaque individu, participant à cette relation, possède un statut et un rôle qui entre en compte dans l'établissement de ce lien entre le patient et le soignant. Le rôle et le statut de chacun mais également les représentations et l'ethnocentrisme des soignants sont des données cruciales à prendre en compte pour établir le rapport entre l'individu soigné et le soignant. Dans un souci d'équité et d'optimisation de la prise en charge globale de chacun, le soignant devra donc travailler à établir une relation, symétrique, avec des patients de différentes cultures. C'est ce que l'on appellera alors : Relation interculturelle.

Au vu de l'importance que représente la culture au sein de l'hôpital et ses facteurs qui influencent la prise en soin un questionnement se pose alors : Est-ce qu'économiquement parlant, la culture et le relationnel tiennent un enjeu crucial pour le secteur hospitalier ? Est-ce économiquement intéressant de pratiquer une telle relation entre le soignant et le soigné quand l'on vient à parler de la rentabilité d'un établissement et des soins prodigués ? Les choses ont tendance à aller dans le sens de l'affirmation, en effet une prise en charge de la culture privilégiant ainsi la prise en charge globale du patient est un atout de taille concernant l'aspect financier et économique du secteur hospitalier. Certes, le soin relationnel en lui-même n'est pas coté comme un soin technique qui peut être facturé mais ce serait oublier la dimension première, humaine et éthique du métier de soignant qui passe par l'aspect relationnel.

C'est d'ailleurs là que se créent deux « courants de pensée » dans la profession infirmière, les soignants dits « relationnels » et les soignants dits « techniques » ayant pour but commun le rétablissement du patient avec souvent la volonté de combiner les deux aspects. La dimension humaine de la profession amène l'individu pratiquant ce métier à forger sa propre pratique selon ses affinités, sa sensibilité propre et ses représentations individuelles. Cependant, les soignants qualifiés de « techniques » gardent des représentations négatives en ce qui concerne la dimension du relationnel au sein du soin car qualifié comme étant une « perte de temps ». A contrario, les soignants dits « relationnels » peuvent être amenés

à considérer que les soignants « techniques » relèguent cette dimension au second plan en se réfugiant dans la technicité.

Le relationnel est un élément notable dans le soin, ne serait-ce que pour créer un climat de confiance entre le soignant et le patient, pour établir une communication permettant ainsi aux acteurs de soin de pouvoir identifier pour répondre aux mieux aux besoins formulés par la personne soignée, afin également de mieux amener le patient à appréhender le soin par des explications, une écoute et une réassurance. C'est un élément notable également dans le sens où si la personne soignée sent qu'elle est prise en charge dans la globalité de sa personne, que ce soit sur le plan physique, intellectuel, émotionnel et culturel, elle renverra au service une image de qualité. Une image de qualité qui, par le biais d'une communication entre individus, permet de donner une image de marque à l'établissement lui-même et à son personnel. Ce faisant, la réputation de l'établissement attirera davantage de personnes pour s'y faire soigner, ce qui rentre donc parfaitement dans la dynamique économique et financière de la structure hospitalière.

Au terme de cette première approche sur les facteurs influençant le soin dans un contexte multiculturel au sein de l'hôpital nous pouvons constater plusieurs valeurs et données tels que la spécialisation du métier de soignant (relationnel/technique), le manque de temps consacré aux patients lors d'un poste de travail ce qui renvoie également à une carence en personnel dans les structures. Il est intéressant d'appuyer sur le manque de notions et de connaissances sur les théories et pratiques culturelles par les pratiquants des soins.

VARIABLES

Les variables retenues pour ce travail :

- **Le manque de notions et de connaissances sur les théories et pratiques culturelles par les praticants des soins :** Pour prendre en charge correctement le patient dans sa globalité et donc d'englober sa culture, il faut posséder des connaissances relatives à celles-ci. Sans ces connaissances de pratiques ou de représentations il devient bien plus difficile de répondre à certains besoins fondamentaux du patient incompris par le soignant.
- **L'humanité :** La dimension fondamentale du métier de soignant est, bien évidemment, la dimension humaine. Cette attitude, ce positionnement, contribue énormément dans la mise en place de la relation de confiance mais surtout dans la relation d'aide instaurée entre le soignant et le soigné. C'est également une philosophie de soins consistant à reconnaître l'Autre comme un être humain. L'humain n'est pas seulement un objet sur lequel il est possible d'apposer ses connaissances et techniques de soins, il est un être qui possède des besoins dont des besoins d'attention et de sens.
- **La satisfaction des besoins du patient :** Répondre aux besoins du patient fait partie intégrante du processus d'accompagnement thérapeutique, c'est pour cela que les soignants sont habilités à répondre à ces mêmes besoins formulés par la personne soignée. Une hospitalisation, une prise en soins entraînent des besoins et le soigné étant, fréquemment, diminué sur le plan physique et/ou psychologique, c'est donc au soignant de répondre au mieux à ces besoins.

Les variables non retenues pour ce travail :

- **Spécialisation du métier de soignant (relationnel/technique) :** La spécialisation dans le corps de métiers des soignants recèle davantage de l'identité professionnelle que chaque individu se forge au gré de ses expériences, affinités, valeurs vis-à-vis de l'environnement dans lequel il évolue. C'est une donnée propre à chacun et j'estime que personne d'extérieur n'est en droit d'interagir dans cette construction d'identité à la fois personnelle et professionnelle.

- **Le manque de temps :** Si les soignants disposaient davantage de temps durant leur poste de travail, pouvant ainsi se montrer plus disponibles à l'égard des patients, ils pourraient mieux comprendre les besoins formulés par ceux-ci quand ils sont en lien avec leurs propres cultures afin de déchiffrer et décoder les attentes formulées par les personnes soignées. Cependant, on ne peut agir dans ce sens pour accorder davantage de temps aux soignants, je suis donc dans l'incapacité et l'impossibilité de retenir cette variable pour ce travail.

- **Le manque de personnel dans les structures :** Tout comme pour le manque de temps, avoir davantage d'effectifs dans les services pourrait permettre à chaque soignant de prendre du temps auprès de chaque patient dans le but de répondre à leurs besoins de manière pertinente. On ne peut agir, non plus, sur le manque d'effectifs car c'est un élément intouchable et ingérable à ma propre échelle. Je ne retiens donc pas cette variable pour poursuivre cette étude.

HYPOTHESE

Si les soignants avaient les connaissances nécessaires concernant les pratiques culturelles des personnes soignées, s'ils montraient une attitude tournée vers l'humanité avec prise en compte des besoins non-satisfaits du patient, la relation soignant-soigné se verrait améliorée.

CADRE THEORIQUE

Afin de débiter le développement du cadre conceptuel de ce travail, il me semble pertinent de définir, de prime abord, deux concepts phares que l'on retrouve dans toute situation impliquant une relation soignant-soigné : Le concept du soignant et le concept du soigné.

- **Le concept du soignant :**

En se référant à la définition donnée par le dictionnaire Larousse, le soignant est défini comme étant « *une personne qui donne des soins à quelqu'un*¹⁸ ».

Mais, qu'est-ce que soigner ? Selon le dictionnaire Robert, soigner c'est « *s'occuper du bien être et du contentement de quelqu'un* » et « *s'occuper de rétablir la santé*¹⁹ ».

Le Larousse désigne le fait de soigner comme étant de « *consacrer son activité, son dévouement à la guérison de quelqu'un* » et « *s'occuper avec sollicitude de quelqu'un*²⁰ ».

« Soigner, donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision confiante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose.²¹ » comme l'exposait d'une bien belle manière, tout en métaphore, le poète et philosophe Paul Valéry.

Donc le soignant est un individu qui prodigue des actes de soins, avec sollicitude et humanité, auprès d'autres personnes étant amoindries sur le plan physique et/ou psychologique dans le but de rétablir leur santé.

¹⁸ Source internet disponible sur le site de la société Éditions Larousse : www.Larousse.fr

¹⁹ Le petit Robert 2005

²⁰ Source internet disponible sur le site de la société Éditions Larousse : www.Larousse.fr

²¹ Paul Valéry, *Mélange*, Éditions Gallimard, 1957, p.322.

Globalement voilà ce qu'est un soignant, centrons-nous maintenant sur le soignant infirmier.

On peut dire, aujourd'hui, qu'il existe deux grandes catégories de soignants (englobant même les spécialisations relationnel/technique) :

- Les soignants vulgairement appelés « les exécutants », ceux qui prennent en soins le patient sur l'aspect purement technique du soin.
- Les soignants impliqués davantage dans un processus de prise en charge dans la globalité.

Prendre soin d'un individu traduit la création d'une relation, d'un climat, de confiance entre le soignant et la personne soignée, de connaître et de respecter cette personne en besoin de soins. L'humanisation de la prise en soin est primordiale et la première étape vers cette humanisation du soin en plus de la mise en place du climat de confiance est le toucher du patient. Cet aspect fait également parti des soins réglementés par la législation, ce qui demande donc certaines qualités humaines pour pratiquer les soins.

Soins réglementés par la législation, oui, car soignant c'est, surtout, un métier qui s'exerce dans le cadre d'une réglementation législative et légale.

En effet, cette réglementation définit le rôle de chaque professionnel en fonction du diplôme, établit le contenu des formations et fixe le cadre d'exercice ainsi que de la hiérarchie des intervenants.

Le décret 93-345 du 14 mars 1993²² relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de l'infirmier fait référence au champ de compétences légales du professionnel.

Gardons également à l'esprit que, pour le soigné, le soignant représente une forme de vérité. Il représente un savoir, une connaissance infaillible ainsi qu'une sécurité.

Le soignant est une source d'apports théoriques et de conseils pratiques pour le soigné, afin que ce dernier participe activement à ses soins.

²² Source internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000178583&dateTexte=&categorieLien=id>
Confère Annexe

En cela, le soignant est un acteur important de la relation entre lui et le patient. Important, certes mais pas forcément supérieur au patient.

- **Le concept du soigné :**

Comme suggéré dans le concept développé précédemment, le soigné est un individu en demande de soins, sur qui des soins sont pratiqués. Ces personnes sont également appelées « patients » ou encore, aujourd'hui, « clients » qui reflète davantage l'aspect et l'enjeu économique que représente le secteur de la santé.

Le terme « patient » signifie « souffrir », « supporter » si l'on en croit son étymologie latine « *patiens* ». Selon le dictionnaire Larousse, « *Un patient est une personne qui fait l'objet d'un traitement médical ou chirurgical*²³ » et « *Le client est une personne qui reçoit d'une entreprise, contre un paiement, des fournitures ou services*²⁴ ».

Il s'agit donc bien d'une personne en perte de santé, se trouvant dans une situation de vulnérabilité et de dépendance de part son état mais également une personne qui reçoit, en échange d'un paiement, une prise en charge de qualité et adaptée aux mieux aux besoins de cette personne.

Si l'on se penche sur la définition du patient par Larousse, on peut noter que le patient est une personne « *[...] faisant l'objet d'un traitement [...]* », traduisant une certaine passivité du soigné. Or avec la parution de la loi relative aux droits des malades, du 4 mars 2002²⁵, le système de santé français habilite le patient à se recentrer sur son hospitalisation et ses soins reçus en tant qu'acteur à part entière de sa prise en charge. Cette loi, vulgairement appelée loi Kouchner, met bien en avant le fait que le patient, en tant qu'acteur de ses soins, possède également des droits et des devoirs à l'image du soignant, droits mis en valeur par le biais de la charte du patient hospitalisé existante depuis 1999 mais actualisée pour l'occasion.

²³ Source internet disponible sur le site de la société Éditions Larousse : www.Larousse.fr

²⁴ Source internet disponible sur le site de la société Éditions Larousse : www.Larousse.fr

²⁵ Confère annexe

Les besoins des soignés sont d'ailleurs illustrés en plusieurs catégories par le célèbre psychologue américain Abraham Maslow. En effet, A. Maslow a permis une identification des besoins de l'individu en général avec une découpe sous forme de pyramide²⁶, cela aidant le soignant à cibler et à adapter sa prise en charge dans le but de rétablir le soigné en santé.

Nous constatons donc que le rôle du soigné et tout aussi important que celui du soignant. En effet c'est le soigné qui aiguille le soignant sur les soins à prodiguer, sur les besoins auxquels répondre et ce de la façon la plus pertinente possible.

On peut donc établir que le soignant et le soigné sont sur un pied d'égalité bien que les choses ne semblent pas paraître toujours sous cet angle, de part la vulnérabilité du soigné et les connaissances théoriques et pratiques du soignant.

Nous avons donc le soignant et le soigné, mais il existe plusieurs interactions entre eux pour que les soins se fassent, les besoins soient émis, entendus et compris, la confiance établie. Pour se faire il y'a : La communication.

- **Le concept de la communication :**

Toujours selon le dictionnaire Larousse, la communication se définit comme la « *transmission, à travers un canal, d'un message entre un émetteur et un récepteur qui possèdent en commun, au moins partiellement, le code nécessaire à la transcription du message.* ²⁷ »

Cette définition montre clairement que pour qu'une communication, une mise en relation, se fasse il y'a un certain système à respecter ainsi que des éléments précis à mettre en place

²⁶ Confère Annexe

²⁷ Grand dictionnaire encyclopédique Larousse, 1985

et que chaque élément possède son rôle propre impératif pour que la communication puisse se faire. Ce système doit se composer de :

- « *Un code, ensemble fini de signaux et règles de combinaison de ces signaux entre eux*
- *Un canal, support physique de la transmission du message (l'air, dans le cas de la communication verbale)*
- *Un émetteur (ou destinataire) qui est à la fois la source et l'encodeur du message*
- *Un récepteur qui est à la fois le destinataire et le décodeur du message.»*

La communication se divise en deux formes distinctes ; elle peut donc être verbale, mais pas seulement. Elle peut prendre une autre forme qui est celle de la communication non-verbale dont nous avons déjà abordé quelques traits dans la problématique. La communication non-verbale, au même titre que la communication verbale possède un grand rôle dans l'échange de l'information.

La très célèbre infirmière Virginia Henderson²⁸ qualifie la communication comme étant bien plus qu'une simple émission de signaux en tout genre et davantage un besoin fondamental, qu'elle intègre à la liste des 14 besoins fondamentaux²⁹ du bien-être. Pour V. Henderson, communiquer c'est la « *nécessité d'échanger avec les autres et avec son environnement, sur un mode verbal ou non verbal au niveau sensori-moteur, intellectuel et affectif, dans le but de partager ses idées, ses sentiments, ses expériences, ses sensations, d'exprimer ses besoins et de comprendre ceux de son entourage*».

La communication fait donc référence à l'échange de données de base entre deux entités, mais également au partage d'éléments de vie entre deux personnes à part entière.

Ainsi donc, « *communiquer, c'est aller à la rencontre de l'autre, le découvrir, mais aussi tenter de le comprendre*³⁰».

²⁸ Virginia Henderson : 1897-1996, infirmière diplômée d'état, d'origine américaine, elle a essentiellement réalisé des écrits pour développer la conception de la profession infirmière.

²⁹ Confère Annexe

³⁰ *Communication soignant-soigné. Repères et pratiques.* A. Bioy, F. Bourgeois, I.Nègre. p18

C'est également une donnée juridique si l'on s'en réfère à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen³¹ qui stipule clairement que « *la libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'Homme*³² ».

La communication est donc un droit à respecter plus communément appelée : Liberté d'expression.

Pour conclure le développement de ce concept, la communication est un élément fondamental de la mise en relation avec le patient d'une culture différente de celle du soignant car elle donne lieu, grâce à une écoute active et à l'empathie, à l'instauration d'une relation soignant-soigné de qualité basée sur la confiance et la compréhension. Les notions d'écoute et d'empathie sont intimement mêlées. Il n'a jamais été aisé, dans le cadre des sciences humaines, de dissocier ces deux notions tant elles sont complémentaires.

- **Le concept de l'empathie :**

Il existe donc un lien étroit entre l'écoute et l'empathie. Afin de percevoir le monde de l'Autre comme s'il était le notre, il faut, avant tout, savoir écouter. « *L'écoute permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle, c'est-à-dire de percevoir, au-delà des sons, son humanité : ses craintes et ses forces, ses doutes et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse.* ³³ »

Savoir écouter, traduisant aussi savoir prêter attention et donner un juste sens aux dires de l'Autre, mais également à ses non-dits ainsi qu'à ses gestes.

Plusieurs visions et interprétations de l'empathie existent selon les auteurs.

L'empathie, selon le dictionnaire Larousse, est la « *Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent* ³⁴ ».

Pour le psychologue L. Wispé « *l'empathie consiste à comprendre autrui. Être en sympathie avec l'autre consiste à se soucier de son bien-être* ³⁵ ». Il faut en comprendre que

³¹ Source internet : <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/1789.asp>

³² Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, 1789, article XI

³³ *Communication soignant-soigné. Repères et pratiques.* A. Bioy, F. Bourgeois, I.Nègre. p31

³⁴ Source internet disponible sur le site de la société Éditions Larousse : www.Larousse.fr

l'empathie est une posture à adopter lors de la communication. Une posture qui habilite à comprendre, à prendre conscience de ce que l'autre personne pense, ressent, selon la situation.

Le célèbre psychologue humaniste Carl Rogers³⁶ expose plus longuement sa vision de l'empathie. « *L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui «comme si» on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, «comme si». La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoive la cause comme il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique), sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification.*³⁷ »

Selon C. Rogers, l'empathie se voit être comme une forme de capacité mentale à l'aide de laquelle il est possible de se projeter, de se mettre à la place d'autrui avec pour but de comprendre sans nécessairement avoir besoin de s'identifier à ces individus ciblés.

S'identifier à autrui rapprocherait davantage de la sympathie, autre concept proche mais également très différent sur bien des points comme celui cité ci-dessus et exposé dans la définition de L. Wispé qui démontre que la sympathie fait davantage appel à l'affect que l'empathie.

C'est donc grâce à une communication, basée sur l'écoute et l'empathie que le soignant peut identifier les besoins du soigné, ayant une culture différente de la sienne, et ainsi veiller à la satisfaction de ceux-ci.

L'écoute, l'empathie amènent à une humanisation du soin, à une posture humaine, à l'humanité.

³⁵ Wispé, L. 1986. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 2: 314-321

³⁶ Carl Rogers (1902 – 1987) psychologue humaniste américain.

³⁷ *Psychothérapie et relations humaines*, Carl Rogers. (1962) p. 197

- **Le concept de l'humanité :**

L'humanité est un concept développé et adapté aux soins par Y. Gineste et R. Marescotti³⁸, soignants tous deux, dans le but de restituer à l'individu son intégrité humaine et sa dignité. Ce concept s'inscrit dans une démarche de bientraitance.

Initialement conçu pour rendre leur dignité humaine aux personnes âgées atteintes de maladies neuro-dégénératives comme la maladie d'Alzheimer et affiliées, cette méthode de soins peut s'appliquer plus globalement aux soins généraux et envers tout type de personne qu'il soit enfant, adolescent, adulte ou âgé.

Le scientifique Albert Jacquard³⁹ définit l'humanité comme « *l'ensemble des cadeaux d'évolution que les humains se sont faits les uns les autres au cours des générations, depuis qu'ils ont conscience d'être et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limite*⁴⁰ ».

« Le concept d'humanité présente cet intérêt de nous montrer comment des comportements et des actions simples rejoignent l'être dans ce qu'il a de plus essentiellement humain et tirent leur efficacité de la correspondance à notre développement archaïque ».

Dans la pratique, prêter attention à l'humanité de l'Autre nous conduit au respect de l'être humain, de sa dignité, de son unicité et de son intégrité ; Un être humain qui sait s'exprimer, qui a un vécu, une identité, une culture, des valeurs et principes, une dignité. Après avoir cité et développé le concept-même de la communication, de la posture nécessairement pour instaurer une relation d'aide : l'empathie, puis après avoir détaillé les deux protagonistes principaux de cette même relation, il est temps de recentrer sur le sujet même de ce travail, à savoir : l'interculturel.

³⁸ Yves Gineste et son épouse Rosette Marescotti, formateurs en manutention.

³⁹ Albert Jacquard, scientifique et essayiste français. Spécialiste de génétique des populations, ex-membre du Comité consultatif national d'éthique. Auteur de nombreux ouvrages de vulgarisation scientifique.

⁴⁰ Jacquard, Albert (1947). Cinq milliards d'hommes dans un vaisseau, Éditions Seuil.

- **Le concept de l'interculturel :**

L'interculturalisme se voit davantage comme philosophie qu'un concept. Cette philosophie repose sur des échanges entre les groupes culturels d'une société.

L'interculturel, via son étymologie, est une idéologie reconnaissant qu'il n'existe pas une culture unique, mais des cultures. Des cultures au sein-même desquelles, parfois, d'autres cultures coexistent. Chaque pays, peuple, être humain, possède une culture différente. La culture peut comprendre différents éléments :

- La culture que chaque être humain possède, à savoir : sa connaissance du monde, des autres, ses normes.
- La culture commune à un groupe de personnes : La culture d'un pays, d'une nation qui englobe son histoire, sa gastronomie, ses valeurs...

En sociologie et en psychologie, l'étude des relations et interactions interculturelles porte sur les contacts de cultures. Au moment où des individus de cultures différentes interagissent entre eux, des éléments culturels leur étant propres et d'autres communs aux autres vont être mis en place pour communiquer. En plus de l'instauration de ces éléments de cultures propres et communs vont avoir lieu des apports culturels extérieurs à ces individus. C'est alors qu'un processus, vulgaire appelé « bricolage culturel », va être instauré et habilitant les acteurs de cette relation interculturelle d'outrepasser les différences, étant souvent considérées comme des sources d'obstacles à la communication, voire de les exploiter pour créer un nouvel espace culturel d'interaction, avec un nouveau code culturel.

A ce stade, il ne s'agit plus d'un simple pont faisant le lien entre les cultures où chacun tente de comprendre l'autre, mais véritablement d'un mélange de différents rapports culturels. L'interculturalisme est une idéologie n'offrant pas spontanément de valeur à chacune des cultures à l'intérieur d'une même société. L'objectif visé est plutôt le développement d'un ensemble commun de valeurs sociétales.

L'interculturel dépasse donc le stade de la communication et amène des effets au niveau des valeurs morales et des structures sociales permettant ainsi de parler concrètement de société interculturelle.

L'interculturel, en tant que philosophie et principe d'ouverture, est aussi une opposition ainsi qu'une tentative de renoncement à l'ethnocentrisme que j'ai évoqué dans la problématique.

Selon la psycho-sociologue Florence Giust-Desparairies⁴¹, « *Le simple regroupement de personnes originaires de différentes cultures ne suffit pas à créer des apprentissages interculturels. [...] L'apprentissage interculturel se produit lorsque surgissent des difficultés, des processus de différenciation, des antagonismes qui ne peuvent être perçus que progressivement et qui ne peuvent être surmontés qu'ensemble* ⁴² ».

L'interculturalité, c'est la rencontre de deux ou plusieurs cultures. Mais une rencontre interculturelle, avec ou sans barrière de langue, notion développée dans la problématique, est souvent très intense et très riche. Ces sont ces différentes expériences et rencontres auprès de l'Autre qui nous forgent et nous amènent à nous interroger à la fois sur nous-mêmes mais également sur le monde.

Dans le rapport à l'Autre, se préoccuper de lui fait, également réfléchir sur soi.

Cependant, pour que la réaction interculturelle puisse avoir lieu et que chacun fournisse l'effort demandé afin de créer cette osmose il faut avoir certaines connaissances de la culture de l'Autre afin de le comprendre et qu'il y ait un échange, une interaction.

C'est en ça que le rôle du soignant est important dans sa prise en soins, c'est lui qui va être amené à comprendre le patient et pour comprendre le patient afin de le prendre en charge dans sa globalité il faut également comprendre sa culture. Pour comprendre cette culture, des connaissances vis-à-vis de celle-ci sont requises.

⁴¹ Florence Giust-Desparairies, psychosociologue, intervenante-chercheur clinicienne et professeur à Paris 8 en sciences de l'éducation.

⁴² F. Giust-Desparairies et B. Müller, 1997, Se former dans un contexte de rencontres interculturelles. *Economica* p. 1

- **Concept des Connaissances :**

Le dictionnaire Larousse définit le terme de Connaissances comme « *L'ensemble de ce qu'on a appris, notions, culture, dans un domaine précis*⁴³ ».

Les connaissances sont des éléments à mobiliser par chacun quand il s'agit de comprendre une chose, un être, d'accomplir un travail. Les connaissances sont le résultat des expériences de l'individu et des choses qu'il retient de ses diverses expériences. Cela peut aller du simple apprentissage d'une table de multiplication à la maîtrise d'une méthode de pansement en service de soins. Les connaissances que nous accumulons nous permettent de tenter de comprendre le monde et les peuples qui l'habitent.

Pour un soignant, les connaissances représentent le savoir-être mais également le savoir-faire. Ce sont les connaissances du soignant qui vont l'aider à avancer dans sa carrière et à comprendre l'environnement dans lequel il évolue ainsi que les individus auprès desquels il évolue.

Les connaissances peuvent se scinder en deux parties :

- Les connaissances théoriques : Ce qui est appris en formation, à l'école ou même auprès d'autres professionnels. Ces connaissances théoriques demandent à l'individu de mobiliser ses capacités intellectuelles pour que celles-ci soient assimilées dans le but de donner une logique et une compréhension à des actes pratiques futurs.
- Les connaissances pratiques : En symbiose avec les connaissances théoriques, car la pratique n'est rien sans la théorie qui permet de la comprendre et d'apporter une logique nécessaire dans le déroulement de cette même pratique. Les connaissances pratiques, en plus de mobiliser les capacités intellectuelles de l'individu pour que celui-ci assimile parfaitement son apprentissage, voient se mobiliser les capacités physiques ainsi que la dextérité de l'individu.

⁴³ Source internet disponible sur le site de la société Éditions Larousse : www.Larousse.fr

Dans le cadre d'une relation interculturelle, les connaissances représentent un facteur important pour sa mise en place. En effet, chaque culture se différencie des autres en plusieurs points distincts et indentifiables. Ses différents points se retrouvent aussi bien dans la pratique rituelle et culturelle que dans une certaine vision du monde attachée à une philosophie dans lesquelles on retrouve les représentations.

Ces différents points distincts sont utiles pour différencier les cultures des individus mais également pour les identifier afin de les comprendre, de nous adapter à elles en fonction des besoins formulés par les patients. Le soignant doit alors adopter une posture particulière en fonction de ces différents codes véhiculés par les cultures de chacun, une posture de décodage. Posture de décodage amenée justement par la mobilisation des connaissances de la culture de l'Autre que le soignant saura mettre en place.

Grâce à ses diverses connaissances, le soignant développe des compétences. Plus il a de connaissances faisant référence à plusieurs domaines, plus il développera de compétences qui pourront l'aider à prendre des initiatives ou à anticiper des situations en tant que professionnel. Ce sont ces compétences qui forgent le professionnel et qui font du soignant ce qu'il est.

ENQUÊTE

Le projet d'enquête :

Dans le but d'illustrer ce sujet et afin de m'aider à approfondir davantage ma réflexion par rapport à mon hypothèse, j'ai créé des questionnaires que j'ai soumis à différents professionnels de santé, notamment des Infirmiers diplômés d'état afin de bien cibler sur la profession de l'infirmier.

Les réponses à ces questionnaires vont me servir d'appui pour infirmer ou confirmer mon hypothèse.

Le choix du format « questionnaire » s'est rapidement imposé comme une évidence plutôt que celui des entretiens. En effet, j'estime le questionnaire plus pratique et directif et surtout moins coûteux en termes de temps pour le professionnel interrogé.

L'idée étant de recueillir un maximum de témoignages sur le sujet en peu de temps et surtout en n'éloignant pas le soignant concerné trop longtemps de son poste de travail qui requiert toute son attention et son énergie.

C'est donc dans ce souci de gain de temps et de ciblage concret sur les points à explorer que le questionnaire, à réponse ouverte, s'est imposé à moi comme le meilleur moyen d'enquêter. En effet, malgré le format directif du « questionnaire », j'ai tout de même opté pour l'option de la réponse ouverte afin de créer un dialogue avec la personne interrogée. Ce procédé permet également au soignant d'avoir une expression relativement libre, d'échanger son point de vue par rapport au sujet étudié.

Le fait d'avoir des questions créées et établies permet également de montrer à la personne interrogée que l'on connaît le sujet abordé et qu'en occurrence nous ne sommes pas « ignorants » sur la chose.

Plus les questions sont pertinentes et plus l'enquêteur a la sensation qu'elles répondent correctement à son objectif et donc à son sujet d'étude. Le format du questionnaire aide également à comparer les différentes réponses beaucoup plus facilement quand l'exploitation et la synthèse de l'enquête auront lieu.

Bien évidemment, les personnes qui répondent à ces questionnaires ont eu connaissance que leur participation restera anonyme, dans le souci du secret professionnel, et qu'aucune de leurs informations ne sera révélée au cours des enquêtes ni même plus tard.

La population choisie pour cette enquête est composée exclusivement d'infirmiers diplômés d'Etat, comme expliqué plus haut, dans un souci de centrer impérativement l'impact de la culture au sein de la relation soignant/soigné auprès de l'infirmier, qui représente, mon projet professionnel.

Les infirmiers interrogés pour cette enquêtes sont au nombre de neuf, douze étaient prévus initialement mais un manque de temps dans leurs emplois du temps faisant qu'il a été impossible de procéder aux trois dernières enquêtes.

Cet échantillon de neuf infirmiers se trouve réparti dans diverses branches du corps médical afin d'assurer une diversité assez conséquente pour prouver que le heurt à la culture de l'autre se rencontre absolument partout et dans tout type de service, partout où l'on rencontre un être humain si je puis dire.

Le terrain balayé par ces enquête représente des services comme : Unité de Soins Psychiatriques, Soins de Suite et Réadaptation, Chirurgie Viscérale et Vasculaire, Chirurgie Orthopédique, Cancérologie, Maintien à domicile.

L'objectif global de cette enquête est de vérifier si avoir des connaissances suffisantes et nécessaires sur la culture d'autrui, si la posture du soignant vers l'humanité avec prise en compte des besoins, au regard de la culture, de la personne soignée pourrait améliorer la relation soignant-soigné.

Synthèse de l'enquête :

- Item n° 1 : Le manque de connaissances concernant les cultures des soignés.

Sur les neuf questionnaires distribués auprès d'Infirmiers, les neuf affirment avoir déjà été au contact d'un patient ayant une culture différente de la leur et prétendent avoir dû procéder à une mobilisation de leurs connaissances afin de satisfaire au mieux les besoins de cette personne dans le cadre de leur prise en charge globale⁴⁴.

Dans un premier temps, recevoir cette réponse de neuf personnes différentes, travaillant dans neuf endroits différents, prouve bel et bien que notre société est multi-culturelle et que les cultures diverses et étrangères au stéréotype de « la culture française » se rencontrent partout, dans tout lieu et en l'occurrence dans tout lieu de soins.

J'ai relevé que la principale difficulté, dans la majorité des réponses, était un souci de barrière linguistique. En effet, comme exposé dans la problématique, la langue, en tant qu'élément intègre à la culture, pose souvent des difficultés. Des difficultés de compréhension envers les besoins exprimés mais également des difficultés de réponses envers ses besoins. J'exposais plus haut que le monde hospitalier possédait sa propre langue avec son vocabulaire spécifique, ce qui crée déjà une certaine barrière avec le patient parlant la langue commune du pays, barrière renforcée envers un patient ne s'exprimant pas ou très peu dans cette langue commune.

Le manque de connaissances et de maîtrise de la langue étrangère à laquelle est confronté le soignant peut créer en lui une frustration et un sentiment d'impuissance envers la demande formulée par le patient. Cependant, au regard des réponses obtenues au cours de l'enquête, nous pouvons remarquer que même si cette difficulté se dresse, les soignants savent adopter une posture aidante dans le sens où ils vont choisir une communication plus basée sur la gestuelle, le langage du corps, témoignant d'un professionnalisme certain et d'un intérêt porté à la satisfaction du besoin formulé. Avec cette posture, la communication

⁴⁴ Confère Annexes « Questionnaires »

se trouve facilitée, non-idéale à la manière de deux personnes parlant et comprenant la même langue, mais bien plus facile que si chacun reste sur ses propres acquis et ne faisant pas un pas vers l'autre. Il y'a, une écoute, une adaptation de la communication qui est en soi une partie de la personnalisation du soin, mais également une curiosité de la part du soignant.

Une curiosité qui amène le soignant à prêter attention à chaque mot et chaque geste du patient dans sa formulation de besoin. Cette attention portée à la formulation du besoin, permet au soignant d'enregistrer des mots, des gestes, en rapport avec ce besoin précis et sera capable, plus tard, de les transposer ailleurs, dans une situation similaire avec un autre patient de même culture. Nous pouvons considérer cette curiosité envers l'Autre comme une posture de décodage.

En plus de cette posture de décodage, certains soignants font appel à une logique. Pour exemple cette réponse d'une infirmière étant entrée dans la chambre d'un patient pour lui distribuer son traitement alors que celui-ci était entrain de faire sa prière (Asalaat) comme l'exigent les 5 piliers de l'Islam. Cette infirmière a fait appel à son sens de la logique et à son bon sens pour en déduire qu'elle ne devait pas déranger ce monsieur pendant son rituel quotidien et qu'elle repassera plus tard.

A l'inverse, ces réponses à l'enquête nous amènent aussi des éléments moins positifs quant à l'adaptation à l'Autre au regard de sa culture. En effet, une des infirmières ayant contribué à cette enquête nous informe que certains soignants, dans un souci de gain de temps et pour qui le heurt à la culture de l'autre représente un défi supplémentaire, prennent des raccourcis en se basant sur les stéréotypes. Comme développé plus haut, dans la problématique, les stéréotypes incarnent un risque pour la relation entre le soignant et le soigné car amenant, comme dans l'exemple concret dans le questionnaire, à des raccourcis injustifiés, une incompréhension de la personne soignée dans ses croyances, paroles ou attitudes. Le risque principal étant d'inciter un illogisme et une incohérence, à s'immiscer entre les besoins émis par le patient et les soins qui lui sont prodigués en plus de le blesser au niveau de sa propre personne, se rendant compte qu'il est « catalogué » en fonction de sa couleur de peau notamment.

- Item n°2 : L'humanité est-elle à l'ordre du jour chez les Infirmiers diplômés d'Etat ?

L'humanité est une des caractéristiques propres dans le positionnement du soignant vis-à-vis du patient. En parcourant les réponses obtenues au travers des questionnaires distribués, nous pouvons constater que chaque soignant ayant participé à cette enquête témoigne d'une posture tendant vers l'humanité⁴⁵.

Grâce au rapport de leurs situations vécues en rapport avec la culture du soigné, et à leur approche vis-à-vis de ce dernier, on peut constater qu'il y'a une véritable intention de globalisation du soin, cela incluant l'intégrité de la personne soignée, sa dignité, sa considération en tant qu'être humain à part entière. Le fait que ces infirmiers trouvent le temps de vouloir comprendre le patient dans ses demandes afin d'y répondre de la manière la plus pertinente possible témoigne de la présence de l'humanité dans leur façon de prendre en charge un patient, et plus globalement leur approche du soin. Ce souci de respecter la personne en tant que telle et non en tant que numéro de chambre ou pathologie représente parfaitement le concept de l'humanité.

Une infirmière témoigne également qu'en plus de la barrière culturelle qui peut se dresser lors d'une prise en charge, il arrive qu'une barrière d'ordre législatif s'imisce au sein de la prise en soins. Dans cette situation recueillie au sein de l'enquête, le patient étant en état d'anémie, comme décrit dans la réponse au questionnaire, refusait certains soins qui auraient pu permettre de le stabiliser plus facilement et de le mettre hors de danger. La difficulté se trouvait dans le fait que ces soins en question étaient contraires à la pratique et aux croyances religieuses de ce monsieur. Le refus de soins étant une option légale, tout comme le fait que ce patient, Témoin de Jéhovah, ait dû signer certains éléments administratifs stipulant qu'en tant que Témoin de Jéhovah il refusait tout acte ou tout soin lié à du sang étranger au sien. Pour les Témoins de Jéhovah, le sang représente la vie et une partie intégrante de leur propre personne. Il est donc inconcevable, pour eux, de recevoir « de la vie » provenant d'une personne tiers.

⁴⁵ Confère Annexes «Questionnaires »

Cependant, dans le cas présent, il n'était nullement question d'une transfusion sanguine par le biais de laquelle des produits sanguins auraient été injectés, juste d'une perfusion de Venofer afin de rétablir le taux de fer suite à une anémie chez ce monsieur.

Ce refus découlait-il peut-être un manque d'informations données auprès de ce patient ? Il est difficile d'adopter une posture d'humanité dans ce genre de situation où le soignant se sent tiraillé entre son éthique et la législation. Son éthique car il se doit de tout mettre en œuvre en collaboration avec ses collègues et les médecins afin de préserver au mieux la vie et d'assurer un confort certain aux personnes soignées mais également avec la législation qui autorise le refus de soins et le refus de traitement, une législation que le soignant ne peut outrepasser sous peine de sanctions professionnelles pour ne pas avoir respecté la volonté du patient et donc de ne pas avoir respecté ses opinions, ses valeurs et ses croyances.

Comme développé dans l'item précédent, nous avons pu constater au travers des réponses obtenues, que certains soignants ne faisaient pas preuve de considération de la personne soignée en face d'eux en empruntant des raccourcis via les stéréotypes. Le stéréotype et les raccourcis qui y mènent sont l'inverse de ce que doit être l'humanité. Avec le stéréotype, point de considération réelle de la personne en tant qu'être humain à part entière, juste une fixation de ce que la personne « devrait être » selon sa couleur de peau, son accent, sa langue ou parfois même son entourage comme l'explique une infirmière dans un des questionnaires.

- Item n°3 Les Infirmiers diplômés d'Etat arrivent-ils à satisfaire tous les besoins du patient, au regard de sa culture ?

Sur les neuf personnes interrogées, les neuf affirment réussir à satisfaire les besoins des personnes soignées⁴⁶, selon leurs situations relatées, malgré une différence de culture. Cela se fait non sans difficulté, mais comme chacun le met en avant dans ses réponses à l'enquête : Il faut savoir prendre son temps avec la personne pour décoder et comprendre ce qu'elle veut.

⁴⁶ Confère Annexes « Questionnaires »

Ce que les soignants interrogés font ressortir majoritairement de l'enquête c'est que pour répondre de la meilleure façon possible aux besoins d'un patient, il faut savoir faire preuve d'une grande adaptabilité. Certains précisent qu'en plus de cette adaptabilité et de cette approche humaine et aidante liée à l'humanité, des connaissances sur la culture de l'Autre sont tout de même requises afin de comprendre le besoin, sous tout aspect qui inclut la formulation et l'intérêt de ce besoin pour le patient. C'est en comprenant ce besoin que le soignant saura proposer une réponse rapide et pertinente à la personne soignée.

L'enquête nous a montré deux cas de figure concernant l'approche des soignants envers la satisfaction des besoins de la personne soignée au regard de sa culture. On a pu constater l'attitude aidante qui consiste à s'adapter à l'Autre, à l'écouter, l'entendre et le comprendre, puis l'autre attitude visant à prendre davantage de raccourcis avec les stéréotypes.

Si les deux cas de figure existent, c'est pour bien montrer que malgré les efforts de certains soignants, tous les besoins des soignés, au regard de leur culture, ne sont pas satisfaits comme ils devraient l'être ou ne sont pas satisfaits du tout.

SYNTHESE AU REGARD DE L'HYPOTHESE

En nous référant aux réponses des questionnaires, nous pouvons constater qu'il y'a un manque de connaissances clair en ce qui concerne les cultures d'autrui rencontrées dans un contexte d'hospitalisation et de soins. Cependant certains soignants tentent de combler cette carence, en notions sur les cultures, en adoptant des postures facilitant la communication et les poussant même à apprendre sur le vif à décoder et à apprendre la signification de certains mots, gestes tandis que d'autres se rabattent sur des stéréotypes par automatisme et dans un souci de gain de temps. Il a été démontré que malgré une attitude aidante de la part du soignant, une barrière d'ordre législatif pouvait entraver sa notion de la prise en soins en plus de la barrière culturelle, lorsqu'il s'agit d'un refus de soin même quand celui-ci concerne l'aspect vital de la personne. Un nouveau questionnement peut donc voir le jour : A vouloir être bienveillant et bien-traitant auprès de la personne soignée, peut-on en devenir maltraitant ?

Malgré la posture aidante de certains soignants, tous les besoins des personnes soignées avec prise en considération de leur culture ne sont pas satisfaits. Ce qui est majoritairement remonté de cette enquête est le fait que le manque de connaissances concernant la culture de l'Autre contribue à ce manquement de satisfaction accompagné d'une prise en charge malheureusement trop peu tournée vers l'humanité.

Les situations recueillies au sein des questionnaires, constituant cette enquête, auprès des infirmiers interrogés prouvent bien qu'avec davantage de connaissances sur la culture du soigné permet à la fois de répondre de manière plus pertinente mais aussi plus rapidement, engendrant par la même occasion un gain de temps, aux besoins du patient. Davantage de connaissances mais également une posture soignante davantage tournée vers l'humanité prenant bien en compte les besoins non-satisfaits des soignés démontrent que la relation soignant-soigné se voit améliorée et de qualité.

PROJET D' ACTIONS

Afin de compléter le développement de cette étude et pour l'amener à quelque chose de concret et de vivant dans le monde professionnel de la santé, je décide de monter un projet d'actions que, je l'espère, j'arriverai à mettre en place au niveau de la structure au sein de laquelle je travaillerai en tant qu'infirmier diplômé d'état.

Ce projet naît d'une confrontation de plusieurs idées recueillies au sein de l'enquête dans laquelle il était demandé aux professionnels interrogés d'énoncer des moyens déjà existants dans les services où ils travaillent ayant pour but de donner des indications clés pour le soignant devant prendre en charge un malade de culture différente de la sienne. En plus de cet élément rapporté, au cours de l'enquête a été demandé à ce que les soignants interrogés émettent leurs propres idées concernant d'éventuels futurs dispositifs à mettre en place dans ce but d'indications au soignant.

Après réflexion et regards au niveau des idées proposées⁴⁷ ainsi que celles déjà établies, j'en ai déduit qu'il serait judicieux pour ce projet d'actions d'amener quelque chose de familier à ces professionnels, à ces services. En plus de mobiliser les idées et le savoir de professionnels de santé, ayant davantage de vécu et d'expérience professionnelle que moi, j'ajoute mes propres intentions pour que cette idée globale devienne un projet qui bourgeoonne.

Ce projet consiste en la mise en place d'un livret ou d'un dépliant disponible dans chaque service et expliquant dans les grandes lignes les pratiques spécifiques aux cultures **chez** plus couramment rencontrées.

L'objectif global de ce projet est que le soignant puisse puiser dans ces informations mises à sa disposition afin de satisfaire correctement les besoins émis par le patient. Ce livret se voit comme étant une assistance au soignant pouvant se sentir décontenancé ou déstabilisé face à un patient possédant une culture différente de la sienne et ne sachant donc comment le prendre en soin de manière correcte et adaptée. Ce livret d'informations aurait donc pour

⁴⁷ Confère Annexes « Questionnaires »

but d'optimiser au maximum, malgré les contraintes du monde hospitalier, la prise en charge du malade de culture différente de celle du soignant.

Il serait également très intéressant de sensibiliser les équipes soignantes du service à cette approche et à cet outil par le biais d'une réunion entre soignants au préalable où de nouvelles idées pourraient encore jaillir pour davantage enrichir et améliorer le projet **avant**. Il existe, dans beaucoup d'établissements, des référents dans chaque service : Un référent douleur, un référent hygiène, un référent encadrement... Il serait également pertinent de proposer la création d'un référent qui s'occuperait de la dimension relationnelle qui engloberait l'humanité ou encore la culture des malades et serait chargé de sensibiliser les autres professionnels de santé avec qui il travaille à cet aspect de la prise en charge.

Les objectifs intermédiaires du projet de livret d'informations seraient :

- De sensibiliser le soignant à cet aspect du soin que représente la culture.
- D'apporter des connaissances relatives à ces cultures au soignant.
- De permettre une consultation instantanée et facile d'accès de ces informations.
- De favoriser la relation soignant-soigné.
- De permettre au patient de se sentir pris en charge dans sa globalité.
- De satisfaire les besoins du patient de manière rapide et pertinente.
- D'aider le soignant à comprendre et décoder des choix en rapport avec la culture de la personne.
- D'amener le soignant à se pencher vers l'humanité de la personne soignée via cette approche.

Ce livret permettrait, en plus d'éviter au maximum les raccourcis via les stéréotypes, d'avoir un gain de temps dans la prise en charge de la personne soignée car le soignant pourra mobiliser ses connaissances avec les informations fournies dont il aura pris connaissance et s'en sera imprégné au préalable.

Ce serait une ressource en consultation libre, ainsi au même titre que les soignants, les étudiants du corps médical en stage dans ces services seront également amenés à le consulter, leur amenant des notions sur l'humanité et la culture dans le soin avec ses spécificités selon les cas.

Cela aboutirait également à avoir un discours commun entre tous les soignants sur les pratiques culturelles et leurs pensées rencontrées dans le but d'écarter le plus possible les confusions mais aussi les paradoxes entre les dires d'un soignant et celui d'un autre.

Concernant les patients, ils se sentiraient moins isoler socialement pendant leur hospitalisation et compris en tant que personne à part entière. De plus, dans un souci de qualité de soin et d'image véhiculée par le service, la réputation de l'établissement ne pourra s'en voir qu'améliorée auprès de l'extérieur.

Les moyens à mobiliser pour la réalisation de ce projet seraient :

- Au niveau humain : En mobilisant l'équipe soignante à un certain moment afin de les sensibiliser au sein d'une réunion. Réunion au cours de laquelle chacun pourrait échanger, émettre son avis et poser des questions.
- Au niveau financier : L'achat des matériaux pour la conception du/des livret(s) comme le papier, l'encre pour l'impression, le plastique pour le protéger mais également un emprunt de matériel nécessaire aux réunions comme un rétroprojecteur, un ordinateur.
- Au niveau de l'organisation : En trouvant une salle adaptée pour la réunion de sensibilisation, mais aussi un créneau horaire adapté pour les soignants ainsi que pour l'organisation de la structure de soins.

Ce projet est susceptible de montrer plusieurs obstacles et limites qui seraient :

- La non-participation des soignants à la réunion de sensibilisation car les mobilisant durant leur temps de travail, ce qu'une charge de travail importante ne peut laisser faire, ou sur leur temps de repos mais ne pouvant nécessairement de libérer au vu de leur vie de famille.
- Que le livret ne soit que très peu consulté car pendant le temps du poste de travail, le consulter demande nécessairement une certaine coupure avec le rythme imposé par la charge de travail et l'organisation.
- Malgré la sensibilisation et la démonstration de l'importance capitale de cette donnée dans la prise en charge globale du patient hospitalisée, certains soignants préféreraient encore privilégier les stéréotypes et les raccourcis.

Il semble important également que la réunion de sensibilisation soit davantage une réunion basée sur l'échange plutôt qu'un cours sur les pratiques culturelles et veiller à ce que la personne l'animant ne prenne pas un ton moralisateur en pointant du doigt certaines approches de soignants qui ne favorisent pas forcément la relation soignant-soigné sur le plan culturel. Le but de cette sensibilisation n'est clairement pas de stigmatiser certains soignants mais de réunir tout le monde afin d'expliquer et exprimer les choses correctement dans le but d'une évolution positive de la relation soignant-soigné. Mobiliser ainsi les avis et idées des autres soignants leur permettra de se sentir valorisés et écoutés plutôt que des soignants à qui ont imposé un « énième protocole ».

CONCLUSION

Le but essentiel poursuivi durant toute l'élaboration de ce travail a été de démontrer l'importance de la culture au sein de la personne elle-même, que cette donnée fait partie de la personnalité de chacun et qu'à ce juste titre elle mérite d'être considérée, dans une prise en charge par du personnel soignant dans le cadre d'une hospitalisation. Il s'est avéré que la culture s'impose comme un élément non-négligeable et non-imputable à la personne aussi bien auprès du soignant que du soigné et interagit en tant que facteur dans l'élaboration de la relation soignant-soigné.

Il a été constaté que prendre en compte la culture de l'Autre contribue grandement à l'établissement d'une relation de confiance entre le soignant et la personne soignée et plus globalement amène une relation soignant-soigné de meilleure qualité. Comprendre et décoder la culture de la personne face à soi permet de mieux cerner cette personne dans son intégralité, d'intégrer ainsi plus facilement ses besoins spécifiques mais également contribue à ce que les patients ne soient pas isolés socialement vis-à-vis des soignants. Cependant prendre en compte la culture de l'Autre et le considérer comme une personne à part entière dans son humanité relève d'une approche humaine et non-machinale.

Tout cela n'est possible que si les soignants se prêtent au jeu de la relation d'aide, de l'empathie et de l'humanité. L'enquête auprès des professionnels de santé l'a très bien démontré : De nombreux soignants s'investissent concrètement dans la relation soignant-soigné dans un souci de qualité du soin et de la prise en charge, d'autres se rabattent sur les stéréotypes et ce sont des choses sur lesquelles nous pouvons agir en mettant des dispositifs en place et en sensibilisant davantage les soignants au cœur de la profession sur l'importance de l'humanité et plus globalement de l'humanité dans le soin.

Au cours de cette étude, de nouveaux questionnements ont vu le jour et ouvrent d'autres pistes à explorer pour des personnes tout aussi intéressées sur les sujets évoqués.

Au final, pour accepter et tolérer la culture de l'Autre, ne faut-il pas d'abord avoir conscience et accepter soi-même sa propre culture ?

Si en tant que soignants nous troquons notre humanité et son approche, qui représentent les fondements de notre profession, au profit d'une rapidité d'exécution du soin, « *à quoi on sert ?* ⁴⁸ » comme le disait le célèbre écrivain français René Barjavel.

FIN.

⁴⁸ Barjavel R. Les chemins de Katmandou. Pocket 2005. p 375.