

Marina BALMET



TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES EN VUE
DE L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT
INFIRMIER

***L'identité culturelle et religieuse du
patient***



Promotion 2012-2015

IFSI de Montbrison

Sommaire

<i>Introduction</i>	<i>Pages 1 à 3</i>
<i>1. Questionnement et problématisation</i>	<i>Pages 4 et 5</i>
<i>2. Question de départ</i>	<i>Page 6</i>
<i>3. Consolidation du raisonnement</i>	<i>Pages 6 et 7</i>
<i>4. L'article de recherche</i>	<i>Pages 8 à 10</i>
<i>5. Le cadre conceptuel</i>	<i>Pages 11 à 34</i>
<i>5.1. La culture maghrébine</i>	<i>Pages 11 à</i>
<i>5.1.1. Définir la culture</i>	<i>Pages 11 à 17</i>
<i>5.1.2. L'approche philosophique de la culture</i>	<i>Pages 11 à 13</i>
<i>5.1.3. La culture dans les soins infirmiers</i>	<i>Pages 14 à 16</i>
<i>5.1.4. Les modèles conceptuels des soins interculturels</i>	<i>Pages 16 et 17</i>
<i>5.1.5. Synthèse du concept de culture</i>	<i>Page 17</i>
<i>5.1.6. Définir le Maghreb</i>	<i>Pages 18 à 21</i>
<i>5.1.7. La localisation géographique</i>	<i>Page 18</i>
<i>5.1.8. L'histoire de la migration de la population maghrébine en France</i>	<i>Pages 18 à 20</i>
<i>5.1.9. Les pratiques culturelles maghrébines dans les soins</i>	<i>Pages 20 et 21</i>
<i>5.1.10. Synthèse du concept de Maghreb</i>	<i>Page 21</i>

5.1.11. Synthèse du concept de culture maghrébine	Page 22
5.2. Le concept de religion musulmane	Pages 23 à 28
5.2.1. L'approche philosophique de la religion	Pages 23 à 24
5.2.2. La religion à l'hôpital	Pages 24 à 26
5.2.3. La religion musulmane	Pages 26 et 27
5.2.4. La pratique religieuse musulmane et les soins	Pages 27 et 28
5.3. Le concept d'alliance thérapeutique	Pages 29 à 32
5.3.1. Qu'est ce que l'alliance thérapeutique ?	Pages 29 et 30
5.3.2. L'alchimie entre patient et soignant : l'alliance thérapeutique	Pages 30 à 32
5.4. Le concept de connaissance	Pages 32 à 34
5.4.1. L'approche philosophique de la connaissance	Pages 32 et 33
5.4.2. Les connaissances pour être infirmier	Pages 33 et 34
6. L'analyse	Pages 35 à 62
6.1. L'introduction	Pages 36 à 37
6.2. Les entretiens	Pages 38 à 62
7. La synthèse	Pages 63 à 64
8. L'hypothèse	Page 65
Conclusion	Page 66
Bibliographie	
Annexes	

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je souhaite remercier Madame Odile Viallon, directrice de mon travail de recherche, pour sa bienveillance.

*Je remercie les infirmières qui m'ont fait découvrir ce métier que j'aime tant.
Notamment Sandrine Chaumette, Clare Vernin et Marie-Laure Allard.*

Puis c'est à mes proches que je souhaite adresser mes remerciements. Merci à ma famille, à mes amis et à mes collègues de promotion pour leurs soutiens.

Je souhaite particulièrement remercier ma mère Jeanine Balmet, pour son écoute et sa présence. Je remercie Alexandre Tamain pour son ouverture d'esprit qui m'a amenée de nombreuses réflexions.

J'ai une pensée singulière pour mon père Didier Balmet, qui m'a épaulée tout au long de mes études et qui par son marginalisme inconditionnel m'a appris à argumenter mes idées.

Introduction

La situation se déroule en service de pédiatrie dans la salle de consultations externes, pendant mon premier stage de deuxième année. Il est 13 heures, l'infirmière et moi-même sommes du poste du matin. Nous sommes appelées par la secrétaire médicale : deux enfants âgés de 8 ans nous sont adressés via le service des urgences. Nous allons donc accueillir cette famille en salle de consultations externes. Les patients sont deux frères jumeaux : M et F. Ils sont accompagnés par leur maman et leur grand-mère.

Cinq jours auparavant, M et F ont été hospitalisés en service de pédiatrie pour phimosis. C'était en fait des circoncisions en lien avec leurs convictions religieuses musulmanes. Suite aux opérations, nous faisons les surveillances post opératoires puis des soins d'hygiène avec application de pommade anti-inflammatoire. Lorsque nous faisons ces soins, nous devons expliquer aux parents comment le faire quotidiennement puisqu'il y a un risque infectieux important. Le papa ne souhaite pas assister au soin, l'infirmière insiste car il parle et comprend très bien le français, mais il refuse car il se sent mal lorsqu'il voit du sang. Nous nous retrouvons donc alors avec la maman des jumeaux qui parle très peu le français. Tout en faisant les soins, nous lui expliquons le plus simplement possible, mais nous n'avons pas la certitude qu'elle a compris l'importance de ces soins, alors nous expliquons ensuite à leur père.

Lorsque nous sortons de la chambre, l'infirmière et moi partageons les mêmes impressions : pendant les soins, les enfants nous ont regardées d'une façon étrange, leurs regards étaient noirs et nous ne savons pas comment l'interpréter. A ce moment là, je me suis sentie dépourvue de connaissances concernant cette religion, je ne savais pas quelle signification avait cette opération, je ne connaissais pas les rites et habitudes de la culture maghrébine et la religion musulmane. J'ai demandé à l'équipe soignante ce que signifiait cet acte pour les musulmans mais personne ne savait. Alors pour moi, ce manque de connaissances n'a pas été favorable à

l'installation d'une relation de confiance car j'ai peut être même manqué de respect par méconnaissance.

Aujourd'hui, les enfants reviennent dans le service car ils n'ont pas voulu que leur mère fasse leurs soins et nous ne savons pas pour quelle raison. En voyant leurs démarches et leurs expressions du visage, nous comprenons rapidement qu'ils sont très douloureux. Nous les accueillons chacun leur tour dans la salle de consultation. Nous commençons avec M. L'interne du service nous rejoint pour ausculter l'enfant. M se déshabille et s'allonge sur la table de consultation. Le diagnostic est très rapide : il a une inflammation et une infection du pénis.

L'infirmière demande alors à la maman ce qu'il s'est passé. Elle lui demande pourquoi les soins n'ont pas été faits. La maman répond « ils n'ont pas voulu ». L'infirmière rétorque en la sermonnant de l'importance de faire ses soins pour éviter ce type d'infection et ces douleurs. Mais est ce que nous n'aurions pas dû nous adresser aux enfants qui étaient en âge de le faire seuls ? A ce moment là, j'observe la situation. Cette dame me paraît assez réservée, elle semble ne pas avoir une place très autoritaire auprès de ses enfants. Néanmoins, elle n'est pas insensible à l'état de santé de ses fils, elle me paraît très inquiète et je me demande si elle ne ressent pas un sentiment de culpabilité.

L'infirmière dit à M que dans ce cas là, il aurait pu lui-même se nettoyer correctement sous la douche et mettre sa pommade tout seul. M ne répond pas, il a mal et a peur qu'on le touche. L'infirmière dit à M qu'il va pourtant falloir que l'on fasse les soins. Il me demande alors s'il peut avoir le masque de gaz MEOPA car il aimait bien en bénéficier pendant les soins lors de l'hospitalisation précédente. L'infirmière ne voulait pas l'utiliser car elle disait qu'à leur domicile, ils n'en auraient pas. Après argumentation, l'infirmière a accepté que je l'utilise. Je pense qu'il est important de ne pas développer une mémoire de la douleur chez l'enfant et le gaz MEOPA est un moyen d'en faire abstraction. De plus c'était une demande de la part de M. Alors, je maintiens le masque sur le visage de M pendant que l'infirmière nettoie le pénis. Mais il ne supporte pas le masque, il le jette, il s'agite et crie de douleur. Les soins sont très difficiles à réaliser car l'enfant est agité, je suis donc obligée de maintenir M contre son gré, sur la table d'auscultation. La maman des

jumeaux est toujours en retrait par rapport à nous. Lorsque les soins sont terminés avec M, nous devons accueillir son frère, F. Il a lui aussi très peur et semble visiblement avoir entendu son frère crier. Néanmoins, les soins sont plus faciles à faire car il semble être moins douloureux que son frère. Selon l'interne, il a une inflammation, l'infection n'est pas avérée.

Pendant les soins, la maman des jumeaux n'a pas bougé de son coin et elle est restée silencieuse. Figée telle une statue, il m'était très difficile de cerner son état d'âme : se sentait-elle coupable ? Ou au contraire, avait-elle conscience de la gravité de la situation ? Cette dame est restée de marbre et nous n'avons pas établi de contact avec elle pour éventuellement la soutenir pendant ces soins difficiles. Ces soins ont duré plus d'une heure, c'était difficile et cela m'a paru interminable : nous n'arrivions pas à raisonner les enfants et particulièrement M, malgré différentes techniques d'apaisement : parler, chanter, le gaz MEOPA, les jouets.... Même si c'était pour leur bien, je trouve que c'était difficile d'imposer des soins par la force. Et puis la situation m'a paru étrange dans le sens où la maman des jumeaux n'a pas participé aux soins comme le font habituellement les autres parents. Peut être que c'était trop difficile pour elle ou bien c'est peut être de notre faute puisque nous ne l'avons pas invitée à s'installer près de ses fils.

Dans une seconde partie, je développerai donc un questionnement autour de la relation soignant-soigné.

1. Questionnement et problématisation

En pédiatrie, la relation soignant-soigné est triangulaire, elle comprend les parents, les enfants et les soignants. Comme la législation le précise, en pédiatrie, ce sont les parents qui prennent les décisions pour les soins faits à leurs enfants qui ne sont pas majeurs¹. Ici, la relation soignant-soigné n'était pas vraiment construite car la maman était à l'écart. La différence de langue a-t-elle fait barrage à la communication ? L'appartenance à des cultures différentes a-t-elle été une limite dans la relation de confiance ? Qu'est-ce que nous aurions pu faire pour faciliter la communication ?

Suite à mon manque de connaissances flagrant sur la religion musulmane, je décide de lire le livre « La religion à l'hôpital »². J'apprends ainsi que le Coran accorde seulement l'autorité parentale au père de famille. Néanmoins, cette pratique religieuse est en contradiction avec la législation française qui accorde l'autorité parentale aux deux parents. Nous savons que l'âge de 8 ans n'est pas encore l'âge de raison, je me demande alors si la maman ne s'est pas retrouvée démunie face au refus de ses enfants ? Quelle légitimité les enfants accordent-ils à leur mère ? En apprenant cela, je me suis dit que nous avons probablement fait des erreurs en s'adressant uniquement à la maman pour l'éducation aux soins post opératoires. Nous aurions dû nous adresser à l'ensemble de la famille : expliquer les risques post opératoires aux parents et expliquer la manière de faire les soins aux enfants afin de les responsabiliser.

¹ CODE CIVIL, article 371-1 : L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité

² LEVY ISABELLE. *La religion à l'hôpital*. Presses de la renaissance : Paris. 2004. 325 pages.

J'ai également appris que « la circoncision est une obligation traditionnelle à satisfaire avant le mariage. Les musulmans considèrent cet acte comme un symbole d'esthétisme et de spiritualité, une justification pour une plus grande procréation à venir, la dîme à payer par l'enfant pour devenir un adulte, une épreuve de caractère initiatique qui marque son entrée officielle dans la communauté musulmane »³. Cette opération est en fait pleine de sens pour les pratiquants musulmans. Cet acte représente le passage de l'enfant à l'adulte. En sachant cela, nous aurions peut être eu la conviction que les jumeaux s'investissent dans leurs soins en faisant une éducation adressée principalement à eux. De plus « par la *tahâra* (de l'arabe, « circoncision »), le garçonnet coupe le lien qui le retient au monde des femmes »⁴. Etais-il alors judicieux d'inscrire la maman comme principale responsable et actrice des soins post opératoires ?

La législation française préconise la laïcité, ce qui est donc également le cas dans les structures de soins. Mais la laïcité signifie-t-elle que les soignants fassent preuve d'ignorance des pratiques religieuses? Les textes législatifs français permettent aux soignants de connaître les limites des pratiques culturelles et religieuses des patients mais ils permettent aussi de légiférer l'autorisation de ces pratiques. Cependant, nous devons ajuster nos comportements au cas par cas puisque nous devons tout de même respecter les croyances et les valeurs de chacun, ce qui fait d'ailleurs l'objet du 11^{ème} besoin fondamental édicté par Virginia Henderson.⁵ Dans ce service, les soignants avaient l'habitude de prendre en charge des enfants suite à cette opération. Quel sens, les soignants, donnaient-ils à cette prise en charge ? Comment l'infirmier(e) peut rendre les soins transculturels ?

³ LEVY ISABELLE. *La religion à l'hôpital*. Presses de la renaissance : Paris. 2004. Page 127.

⁴ LEVY ISABELLE. *La religion à l'hôpital*. Presses de la renaissance : Paris. 2004. Page 128.

⁵HENDERSON Virginia. *Les quatorze besoins fondamentaux*. [réf du 06/11/13] Disponible sur internet : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

2. Question de départ

Suite à cette partie descriptive et à mes recherches sur la culture maghrébine et la religion musulmane, voici ma question de départ :

En quoi la méconnaissance des soignants sur les pratiques religieuses musulmanes et culturelles maghrébines de certains patients peut-elle influencer la relation soignant-soigné ?

3. Consolidation du raisonnement

Afin de consolider ma question de départ, j'explicité ci-dessous mes motivations :

Pour moi, manquer de connaissances sur les cultures et les croyances religieuses c'est parfois aussi ne pas les respecter et c'est alors un manque d'humanité. En effet, comme le disait Freud « la religion c'est le doudou des adultes ». En ne respectant pas cela, c'est comme si nous enlevions le doudou de ceux qui en ont besoin. Pensez à la réaction des enfants lorsqu'ils perdent leurs doudous. Bien entendu, un adulte, par sa structure psychique, se contiendra mais la blessure peut être tout aussi profonde.

De plus, les personnes qui sont malades sont en quête spirituelle afin d'obtenir du réconfort⁶ dans les moments difficiles. Nous, en tant que soignant, nous n'avons pas le droit ni d'intérêt à briser cette quête. Je pense aussi à ce que m'a dit le docteur Bencharif lors d'une rencontre au sein de l'IFSI au sujet de l'éthique. Ce médecin m'a dit que les soignants, les soins et les médicaments représentaient 10%

⁶ « Si la pratique d'une religion peut être essentielle au bien être d'une personne en bonne santé, l'expression des besoins spirituels l'est plus encore pour la personne souffrante ». ISABELLE LEVY. *Soins et croyances, guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Page 11, quatrième paragraphe, lignes 1 à 3.

dans une pathologie alors que la personnalité du patient en représente 90%. Il m'expliquait cela suite à des exemples de personnes qui guérissaient ou non d'une même pathologie. Je me demande alors comment pourrions nous avoir la prétention de priver le patient de ses croyances et pratiques culturelles et religieuses si cela lui permet d'avoir l'envie de combattre la pathologie ou bien même de vivre avec ? Je me demande également si une alliance thérapeutique peut être fondée si aucun consensus n'est établi au sujet de la religion et de la culture ?

Je souhaite également traiter ce sujet car malgré la singularité de chaque situation, il m'est arrivé de nombreuses fois d'avoir des incompréhensions et des maladresses avec les patients. La fréquence et l'impact de ces problématiques de soins sont assez importantes me semble t-il pour que je continue à l'ignorer.

Pour éclaircir mon questionnement je me suis appuyée sur un article de recherche, ce que j'explique dans la partie suivante.

4. L'article de recherche

Afin d'affiner ma question de départ et pour ensuite élaborer une question de recherche, j'ai lu plusieurs articles. Un article en particulier, m'a aidé à fonder les bases de ce travail de recherche. Il s'agit de l'article « La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins.⁷ » rédigé par deux ethnologues.

Cet article explicite le contexte de l'hôpital d'aujourd'hui : nous sommes dans une société multiculturelle et nous, soignants, serons de plus en plus confrontés à des situations d'inter culturalité. Or, pendant mes stages, j'ai pu constater de façon récurrente, que certains soignants semblaient ethnocentriques⁸. Ainsi, tous les patients qui sont de cultures ou religions différentes de celles des soignants sont jugés comme des personnes bizarres. A ce moment là, les réactions des soignants peuvent être divergentes : « sentiments d'étrangeté, de gêne, voire de peur ou d'agressivité »⁹. Malgré la divergence de ces réactions, elles aboutissent vers un même point : elles ne favorisent pas le soin.

Les soignants sont aussi des citoyens français et je me suis alors demandé, si les réactions de ces soignants n'étaient pas également le fruit de la manipulation de certains médias ? La population semble noyée d'informations et elle fait parfois des conclusions hâtives.

Le mot racisme me paraît un peu fort à employer pour qualifier toutes ces personnes qui vivent en fait dans la peur et la méfiance et qui déploient des

⁷ N. BOUCHER ET A. VEGA. Article paru dans la revue Objectif soins n° 90 novembre 2000, pages 17 à 24.

⁸ DICTIONNAIRE LAROUSSE, *Ethnocentrisme : Tendances à privilégier les normes et valeurs de sa propre société pour analyser les autres sociétés.*

⁹ N. BOUCHER ET A. VEGA. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins.* Paragraphe 2 lignes 3 et 4, page 17. Revue objectif soin n°90, novembre 2000.

mécanismes de défenses pour se protéger. Mais de quoi les soignants doivent-ils se protéger ? Le besoin d'être protégé n'appartient-il pas plutôt aux patients dans un contexte de soin ?

Cet article nous montre l'intérêt de comprendre le sens des pratiques culturelles pour éviter le jugement de valeurs, prenons l'exemple du voile. Pour certains, le port du voile reflète un signe de soumission pour la femme. Alors que les femmes qui portent le voile se sentent au contraire plus libres. En effet, sans celui-ci, elles ne pourraient sortir de chez elle et grâce à lui, elles se sentent plus respectées et échappent à la surveillance maritale et parentale. C'est « une renégociation par rapport à l'entourage familial ¹⁰ ».

De même, les jeunes d'origine maghrébine sont souvent associés à des délinquants car il y a beaucoup de préjugés à leurs égards. La société généralise et tout le monde est « mis dans le même sac ». Je me demande même si parfois, ils ne leur restent pas que ce rôle de délinquant à jouer pour que l'on prête attention à eux. De plus, en 2014, un jeune qui appartient à la génération Z¹¹, a un besoin plus important que celui de la génération Y de promouvoir sa propre personne. Ainsi, les jeunes sont d'autant plus remarqués et le phénomène est amplifié.

Malgré que notre identité personnelle soit indissociable de notre statut de soignant, il me semble que nous devons aller au-delà des préjugés. Cet article m'a permis de comprendre les comportements de chacun. Toutefois, le code de la santé publique précise qu'il est de notre devoir de soigner toute personne quels que soient ses origines, cultures ou convictions religieuses¹². C'est également un droit pour

¹⁰ N. BOUCHER ET A. VEGA. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins*. Paragraphe 4 lignes 15 et 16, page 20. Revue objectif soin n°90, novembre 2000.

¹¹ Cf Annexe 1

¹² CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, Art R 4312-25 : « *L'infirmier(e) 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.* »

chaque homme de disposer de soins¹³. Je ne souhaite pas m'engager dans un débat politique autour de la xénophobie mais je me demande comment développer une compétence infirmière inter culturelle quelles que soient nos valeurs, notre vécu et nos représentations ?

Depuis septembre 2012, je découvre moi-même une culture qui m'était totalement inconnue : la culture soignante. Cette culture soignante nous donne des repères et est fondamentale. Mais je me demande si nous ne sommes pas un peu trop imprégnés de cette culture ? Est-ce que la culture soignante permet suffisamment l'ouverture aux autres cultures ? N'est-il pas nécessaire de se décaler de la norme pour ne pas développer des représentations du « bon patient » ? Celui qui ne nous ressemble pas est-il aussi bien soigné ? Pour moi, être infirmière, c'est aussi adapter le modèle culturel biomédical français à la singularité d'une personne avec notamment ses composantes culturelles et religieuses. Bien sûr cette finesse dans les soins n'est pas protocolisée, c'est pour cela que je suis à la recherche du comportement soignant le plus humaniste possible dans ce type de situations.

L'expression « syndrome méditerranéen » m'a également énormément interpellée pendant les stages. Comment arrive-t-on à poser un diagnostic si péjoratif à propos d'un patient ? Est-ce la traduction d'un sentiment de burn-out pour un soignant qui est impuissant ?

Grâce à cet article et à mes questionnements, j'ai pu formuler ma question de recherche :

En quoi les connaissances des soignants sur les pratiques religieuses musulmanes et culturelles maghrébines des patients peuvent-elles influencer l'alliance thérapeutique ?

¹³ DECLARATION UNIVERSELLE DES DROITS DE L'HOMME, Article 25 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

J'ai choisi de traiter les pratiques culturelles maghrébines également car les situations dans lesquelles j'ai moi-même manqué de connaissances ne sont pas simplement d'ordre religieux. De plus, pour moi, la culture constitue une partie de la personnalité et du vécu d'une personne. Ce n'est donc pas négligeable à considérer dans un métier que je souhaite exercer autour de l'humanité. Le cadre conceptuel sera alors composé de : connaissance, la religion musulmane, la culture maghrébine et l'alliance thérapeutique.

5. Le cadre conceptuel

Nous aborderons tout d'abord le concept de culture maghrébine puis celui de la religion musulmane. Ensuite le concept d'alliance thérapeutique et enfin, le concept de connaissances.

5.1. La culture maghrébine

Dans un premier temps, j'aborderai la culture puis le Maghreb afin de réunir ces deux concepts en un seul concept.

5.1.1. Définir la culture

5.1.2. L'approche philosophique de la culture

« WE ARE LIKE ALL OTHER PEOPLE, LIKE SOME OTHER PEOPLE AND LIKE
NO OTHER PERSON.¹⁴ »

¹⁴ KLUCKHOHN ET MURRAY, Traduction : *Chaque être humain est comme tous les autres humains. Il est semblable à quelques uns et il n'est semblable à aucun.* Personality in nature, society and culture. New York, Knopf, 1948.

Au fil de mes recherches, je découvre une multitude de sens à la culture et ce concept porte une histoire. Tout d'abord, les agriculteurs emploient ce terme pour parler de productions agricoles, les journalistes parlent de culture de masse, les professeurs de culture générale etc. Ce que je recherche dans ce concept de culture, c'est la dimension anthropologique du terme, qui apparaît pour la première fois en 1950 dans le dictionnaire le Petit Robert « ensemble des formes acquises de comportement dans les sociétés humaines ».¹⁵

Aujourd'hui, selon le dictionnaire français Larousse, la culture c'est « l'ensemble des phénomènes matériels et idéologiques qui caractérisent un groupe ethnique ou une nation, une civilisation, par opposition à un autre groupe ou à une autre nation »¹⁶.

Dans cette dimension anthropologique, les philosophes mettent l'importance sur la différence entre la nature et la culture. Pourquoi ? Comme l'explique Lévi Strauss¹⁷, la nature c'est inné, universel et constant. Tandis que la culture est acquise, propre à chacun et changeante. La confusion de ces deux concepts amène à l'universalisation de ce qui est, au contraire, particulier. Et l'ethnocentrisme¹⁸, fondateur de cette confusion mène à penser que ma culture est l'universalité humaine et donc que ceux qui n'ont pas ma culture, ne sont pas humains (exemple : le génocide d'une population précise).

Cette référence philosophique est pour moi très significative dans une perspective soignante. En effet, cette parenthèse philosophique me rappelle en quoi je peux devenir déshumanisante avec les patients qui n'ont pas la même culture que moi. Et cela me donne également une piste de réflexion en abordant le terme d'ethnocentrisme : ne faut-il pas se décaler de sa propre norme afin d'aborder l'Autre

¹⁵ BRIGITTE TISON, *Soins et cultures*. Page 19 lignes 4 à 6. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

¹⁶DICTIONNAIRE LAROUSSE, disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culture/21072>

¹⁷ CLAUDE LEVI STRAUSS, anthropologue et ethnologue français.

¹⁸ DICTIONNAIRE LAROUSSE, *Ethnocentrisme : Tendance à privilégier les normes et valeurs de sa propre société pour analyser les autres sociétés*. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ethnocentrisme/31406>

dans toute sa singularité ? Ne devrions-nous pas parler des cultures plutôt que de la culture ?

La culture « rassemble, sans les confondre, un nombre infini de différences ¹⁹ ». Pour moi, cette phrase sous entend que chacun vit sa culture à sa propre façon. Certes, elle se conserve et se transmet mais la culture évolue également, selon plusieurs facteurs notamment la personnalité. D'ailleurs nous pouvons retrouver des patients presque homogènes à notre propre culture et pourtant très différents, par la personnalité. Je me demande alors, si en tant que future infirmière des simples apports théoriques sur les cultures sont suffisants pour prendre en charge un patient ? Comment prendre en compte la culture dans les soins sans pour autant catégoriser les patients et les dépersonnaliser ?

Et puis parfois, vivre sa culture se complexifie on parle alors d'acculturation²⁰. Ce terme, à priori barbare, signifie simplement la rencontre de deux cultures. En France, de nombreuses personnes sont acculturées. Les parents des jumeaux que j'ai rencontrés en pédiatrie étaient marocains et ils ont probablement vécu ce processus d'acculturation. Où en étaient-ils dans ce processus ? Comment vivaient-ils avec la confrontation des cultures marocaine et française ?

Quoi qu'il en soit « l'individu « dé-culturé » n'existe pas ²¹ », chaque homme a au moins une culture et alors une identité culturelle²². L'identité culturelle c'est aussi la représentation de la maladie, des soins, des institutions de soin. Alors, en prenant compte de l'identité culturelle, peut-on améliorer la qualité des soins ?

¹⁹ BRIGITTE TISON. *Soins et cultures*. Page 21 lignes 3 à 4. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

²⁰ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. *Acculturation : Modifications qui se produisent dans un groupe culturel (concernant la manière d'agir, de percevoir, de juger, de travailler, de penser, de parler) par suite du contact permanent avec un groupe (généralement plus large) appartenant à une autre culture*. Disponible sur : <http://cnrtl.fr/definition/acculturation>

²¹ BRIGITTE TISON. *Soins et cultures*. Page 30 ligne 33. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

²²D. CUCHE. *Identité culturelle : « Chaque individu intègre, de façon synthétique, la pluralité des références identificatoires qui sont liées à son histoire »*. *Nouveaux regards sur la culture : l'évolution d'une notion en anthropologie*. Sciences humaines, Paris, 1996.

5.1.3. La culture dans les soins infirmiers

« ON NE PEUT SOIGNER UN HOMME DANS L'INDIFFÉRENCE OU LA VIOLATION DES VALEURS FONDATRICES QUI CONSTITUENT SON EXISTENCE.²³ »

Dans ce contexte, il me semble important de débiter cette partie en faisant référence aux textes législatifs de mon futur métier :

« L'infirmière ou l'infirmier 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.²⁴».

En bref, ce texte impose aux infirmier(e)s d'accepter toutes les personnes qui ont besoin de soins. Je dirais même que les droits de l'homme font partis de ce métier, l'accès aux soins est universel.

²³ DAVID LE BRETON. *Expériences de la douleur. Entre destruction et renaissance*. Revue Ethique-cancer n°13. Septembre 2013.

²⁴ DECRET n° 93221 du 16/02/1993 article 25 relatif aux règles professionnelles des IDE.

Aujourd'hui les soignants ont des attentes car, si certains préfèrent ignorer ou ont peur de la présence de multiples cultures au sein de l'hôpital ; d'autres soignants pensent à la qualité des soins car beaucoup de malentendus peuvent intervenir au sein de la relation soignant-soigné. Les soignants se forment alors dans l'intention de développer une compétence interculturelle²⁵.

Selon les chercheurs américains, Roger et Steinfatt, la compétence interculturelle est composée de²⁶ : la compétence allocentrique (c'est l'empathie, la suspension du moi, l'écoute et la tolérance d'autrui), la compétence de communication (l'image de soi, la gestion des conflits, l'aptitude à gérer ses émotions, la prise de rôle et la gestion des relations), la compétence de communication interculturelle (la conscience de sa propre identité culturelle et de celles des autres, l'ethno-relativisme) et la compétence interculturelle spécifique (connaissances des cultures sans pour autant se proclamer expert de façon utopique).

Ces formations ont des effets bénéfiques sur l'apport de connaissances culturelles mais une limite apparaît rapidement : face à la diversité et la complexité culturelle, on ne peut pas se proclamer expert d'une culture. En fait, les soignants doivent surtout apprendre à développer leurs capacités d'ethno-relativisme et s'interroger sur leurs pratiques professionnelles constamment.

Si la compétence interculturelle ne satisfait pas ; A.Catherine Graber, infirmière formatrice propose la création d'une zone d'incompréhension²⁷. C'est une zone dans laquelle le patient et le soignant, se rencontrent pour échanger sur les aspects socioculturels qui influencent les soins afin d'établir une négociation mutuelle d'un projet de soin. Le respect sans jugement de l'autre et une situation non conflictuelle sont les conditions favorables à l'efficacité de cette zone. La création de cette zone doit alors, avoir lieu avant un conflit, un malentendu ou un refus de soin.

²⁵ ROGERS ET STEINFATT « *Capacité d'un individu à échanger de l'information de façon efficace et appropriée avec des individus culturellement différents* ». 1999.

²⁶ B. TISON. *Soins et cultures*. Pages 70-74. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

²⁷ B. TISON. *Soins et cultures*. Pages 81-88. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

Quelles que soient les propositions d'amélioration de la prise en charge de la culture dans les soins, les auteurs s'accordent sur le fait qu'il est indispensable de réaliser un travail sur la connaissance de soi au préalable. Mais aussi que le patient est la source première et principale d'informations. Toutefois, dans chacune des propositions, une part d'utopie apparaît peut être : Peut-on prétendre connaître les cultures ? Cela ne nous amène t-il pas à la catégorisation des patients ? Est-ce pessimiste de remettre en question l'ouverture de la parole sur un sujet qui semble si « tabou » pour certains?

5.1.4. Les modèles conceptuels des soins interculturels

« NE PAS « PATHOLOGISER » CE QUI EST CULTUREL, NI « CULTURALISER »
CE QUI EST PATHOLOGIQUE. »²⁸

De la même manière que l'utilisation des quatorze besoins fondamentaux de V. Henderson afin d'établir un recueil de données, des infirmiers ont fait de la recherche pour développer des modèles pour contribuer à l'amélioration des soins culturellement adaptés.

Le modèle le plus connu est celui de Madeleine Leininger développé en 1993, le « sunrise model »²⁹. C'est une méthode d'analyse permettant la mise en évidence des différents éléments culturels du patient afin de repérer les facteurs susceptibles d'influencer les soins. Dans ce modèle, l'infirmière peut prendre le rôle de l'apprenante face au patient puisque M.Leininger cherche à « inciter l'infirmière à

²⁸ MJ BOURDIN, R BENNEGADI et C PARIS. *La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants*. Pages 24 à 25. Revue Ethique-cancer n°13. Septembre 2013.

²⁹ C. DEBOUT. *Ethnonursing, articuler culture, santé et soins*. Pages 55 à 59. Revue n°773 Soins mars 2013.

adopter un relativisme culturel et à s'immerger dans la réalité du patient et dans son cadre de référence pour le comprendre ³⁰».

Le second modèle le plus utilisé est celui de Purnell et Paulanka (1998,2002). ³¹ Ce modèle propose d'établir un entretien selon 12 domaines. L'exploration des domaines s'adapte au patient selon le problème de santé et la personne soignée. Les douze domaines explorés sont les suivants : la vue d'ensemble, la communication, l'organisation de la famille et de ses rôles, la main d'œuvre, l'écologie bio culturelle, les comportements à haut risque, la nutrition, la grossesse et l'accouchement, les rituels de la mort, la spiritualité, les pratiques en santé et les professionnels de santé.

A l'heure actuelle, il semblerait plus judicieux d'utiliser le second modèle. Le premier modèle a permis à de nombreux infirmiers d'avoir une base de recherche mais la limite principale s'avère non négligeable puisqu'elle a tendance à mettre en avant la différence culturelle comme problème. Tandis que le second modèle, simple d'utilisation selon l'ENDESS ³² permet d'obtenir des informations fondamentales et d'actualiser les problèmes de santé publique ainsi que leurs pratiques.

5.1.5. Synthèse du concept de culture

« SEUL UN TRAVAIL SUR SES PROPRES REPRÉSENTATIONS ET RÉACTIONS PERMET DE DÉCONSTRUIRE LES VISIONS STÉRÉOTYPÉS DE L'AUTRE. »³³

³⁰ *Soin et culture, entre diversité et universalité*. C. Debout. Pages 21-23. Revue n°747 Soins, juillet/août 2010.

³¹ B.TISON. *Soins et cultures*. Pages 156-161. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

³² ENDESS : Ecole Nationale des Etudes Sanitaires et Sociales.

³³ ZAHIA KESSAR. *Prendre en compte les pratiques culturelles à l'hôpital*. La revue de l'infirmière n°156. Pages 19 et 20. Décembre 2009.

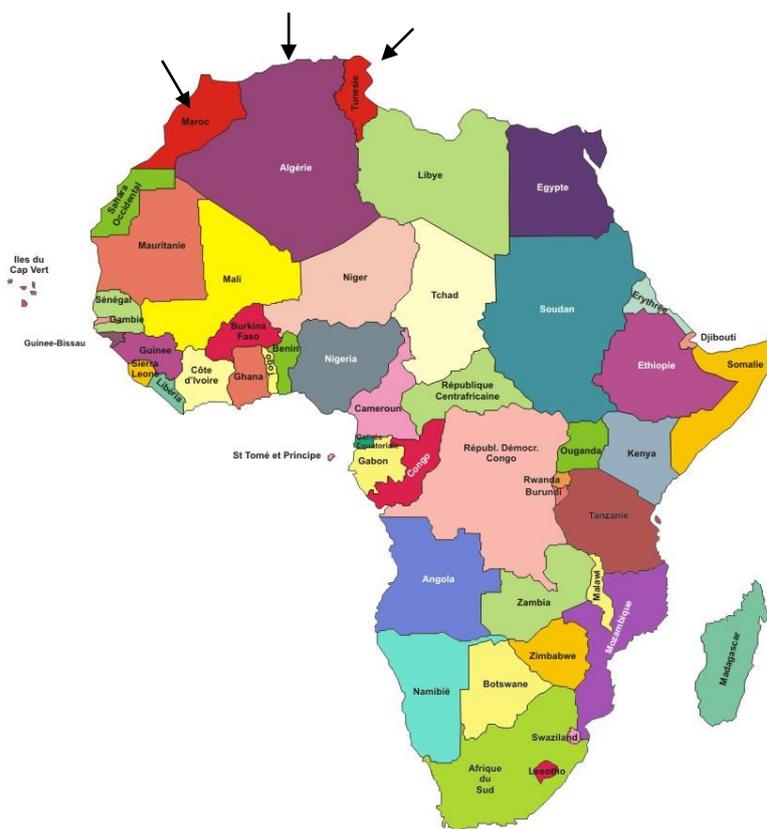
Grâce aux lectures des différents chercheurs sur ce concept, je définirais la culture comme une partie constituante de la personnalité du patient. Et c'est aussi un facteur qui peut influencer les soins et entraîner des malentendus entre soignants et soignés. Des formations sont proposées ainsi que des modèles sur le concept de culture mais nous pouvons nous demander s'il s'agit d'une formation ou d'une transformation du soignant. En effet, un travail préalable sur la connaissance de soi est à faire afin d'éliminer cet ethnocentrisme qui semble être un réflexe pour tous. Malgré leurs limites, ces formations et modèles représentent une vraie amélioration et un renforcement de l'alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. C'est aussi une avancée dans l'évolution de la qualité de soins.

Après avoir défini la culture dans sa dimension anthropologique, je vais définir le concept de Maghreb afin d'établir le concept de la culture maghrébine.

5.1.6. Définir le Maghreb

5.1.7. La localisation géographique

Le Maghreb³⁴ est un ensemble de trois pays faisant partie du nord ouest du continent de l'Afrique. Il s'agit du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie. Le terme Maghreb signifie en arabe « Le couchant » pour désigner les pays du soleil couchant. En 2013, on estime une population maghrébine élevée à 83 212 000 habitants.



³⁴ TOURISME EN AFRIQUE. Les trois pays sont ir géographique de l'Afrique. Carte disponible su [afrique.html](#)

5.1.8. L'histoire de la migration de la population maghrébine en France

« LE « BON » IMMIGRÉ EST CELUI QUI NOUS RESSEMBLE.³⁵ »

L'immigration Maghrébine en France débute dès la fin du XIXème siècle. A partir de 1954, époque des Trente Glorieuses, la France a besoin de main d'œuvre dans l'industrie et le BTP, des hommes maghrébins viennent travailler en France. Après l'indépendance algérienne, 880 000 Pieds-noirs sont réfugiés en France. En 1974, l'immigration pour le travail cesse et est remplacée par le regroupement familial, c'est l'implantation durable des populations immigrés en France. Les communautés maghrébines représentent en 1990 plus du quart des immigrés installés en France.³⁶

Dans le documentaire de Yamina Benguigui³⁷, des anciens patrons s'expriment. Ils disent ne pas avoir eu la sensation de faire un appel extérieur à la France pour cette main d'œuvre nécessaire puisque l'Algérie était un département français. Toutefois, les immigrés maghrébins expliquent leurs difficiles intégrations en France. En effet, cette immigration était perçue comme temporaire, les hommes maghrébins venaient seuls en France, alors rien n'a été mis en place pour leur intégration au sein de la société française. Pour les français, « l'immigré, est un jeune homme, que l'on renvoie lorsqu'on n'en a plus besoin ». ³⁸

³⁵ NATHALIE BOUCHER ET ANNE VEGA. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins*. Première partie. Revue Objectifs soins, novembre 2000, n°90, pages 17 à 24.

³⁶ T. BOUFFAND. *L'immigration maghrébine en France au XXème siècle*. 22/11/2014. Disponible sur : <http://www.tbouffand.free.fr> PDF Plan détaillé immigration maghrébine.

³⁷ YAMINA BENGUIGUI. Film *Mémoires d'immigrés, l'héritage maghrébin*. 1997. Disponible sur : <http://www.youtube.com/watch?v=mXbmjmO5rX8>

³⁸ NATHALIE BOUCHER ET ANNE VEGA. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins*. Première partie. Revue Objectifs soins, novembre 2000, n°90, pages 17 à 24.

Puis, au début des années 1970, avec la politique du regroupement familial, l'immigration passagère d'ouvriers devient une immigration familiale. C'est à ce moment là que les Français ont prit conscience des conséquences de l'immigration puisque les familles maghrébines ont commencé à côtoyer la société, contrairement à ces travailleurs célibataires qui vivaient exclusivement pour le travail.

Aujourd'hui, il semblerait que l'enracinement de cette population ne soit pas tout à fait ancré dans les pensées des Français. Effectivement, « s'engagent alors souvent des dialogues de sourds : Vous êtes de quelle origine ? Vous devez avoir hâte de revoir votre famille... Vous n'avez qu'à repartir chez vous³⁹ ». Mais aujourd'hui, ces personnes là se sentent plus françaises que maghrébines, ils ne connaissent plus leurs pays d'origine qu'ils ont quittés il y a tant d'années. Quant aux générations descendantes des immigrés, ils naissent français.

5.1.9. Les pratiques culturelles maghrébines dans les soins

« S'OCCUPER DU MALADE C'EST RECHERCHER CE QUI L'AIDE À VIVRE. »⁴⁰

Il me semblait important d'écrire une partie sur ce sujet là puisqu'il y a une grande confusion entre culture et religion. Les personnes de cultures maghrébines sont souvent associées à des pratiquants de la religion musulmane. Mais les généralités ne sont pas utiles dans la prise en charge d'un patient dans sa singularité. Effectivement, tous les maghrébins ne sont pas musulmans et tous les musulmans ne sont pas maghrébins.

³⁹ ³⁹ NATHALIE BOUCHER ET ANNE VEGA. La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins. Paragraphe 3 lignes 7 à 11, page 18. Revue objectif soin n°90, novembre 2000.

⁴⁰ CATHERINE LEPAIN. *L'approche culturelle en soins infirmiers pour les patients musulmans maghrébins relevant des soins palliatifs*. Revue Recherche en soins infirmiers n°72. Pages 4 à 33. Mars 2003.

Je ne vais pas faire la liste ethnocentrique et non exhaustive des représentations maghrébines des soins et de la maladie. Mais il me semble tout de même important de parler de ce que signifie la maladie pour les maghrébins. La représentation de la maladie repose sur la théorie des humeurs : selon eux, la maladie est un déséquilibre interne lié à l'environnement. Le médecin représente une personne ressource pour soulager les symptômes tandis que le guérisseur traite l'étiologie de la maladie. Et il est donc important d'accorder une place au guérisseur et à la famille dans les soins. La famille montre son investissement par son nombre de personnes présentes autour de leur malade. Celui qui est seul à l'hôpital c'est celui qui n'est pas aimé. Aux yeux de certains soignants, tant de personnes dans une chambre d'hôpital fait désordre et est parfois vu comme non hygiénique. A nous, infirmier(e)s, de négocier la situation selon l'état de santé du patient et le contexte hospitalier.

Les maghrébins peuvent penser la maladie comme une carence. Les repas, la transfusion, les médicaments sont donc vus comme des apports thérapeutiques positifs. Mais il faudra parfois argumenter et négocier des soins tels que les prises de sang, les régimes, les opérations chirurgicales car ils sont vus comme des traitements négatifs à visée soustractive qui les affaiblit⁴¹.

5.1.10. Synthèse du concept de Maghreb

« JE CROIS QUE JE SUIS UN PEU PRIVILÉGIÉ PAR RAPPORT AUX IMMIGRÉS [...] DANS LE SENS OÙ JE NE SUIS PAS TYPÉ, PARLE CORRECTEMENT LE FRANÇAIS. »⁴²

Le terme Maghreb est employé pour désigner trois pays riches d'histoire, de vécu et de culture. Parmi la population maghrébine, il y a ceux qui ont immigrés en

⁴¹ NATHALIE BOUCHER ET ANNE VEGA. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins*. Troisième partie. Revue Objectifs soins, janvier 2001, n°92, pages 21 à 24.

⁴² LOUISE CAAS ET INGE GROSSER. *Les étrangers*. Témoignage d'Abdelkader Ferhat pages 83 à 90. 284 pages. Editions Seli Arslan. 2003.

France dans les années 1960 pour venir travailler et qui se sont installés. Ils ont vécu le processus d'acculturation afin de s'adapter à la culture de leurs pays d'accueil sans oublier leurs cultures d'origine.

Il y a également ceux qui sont les générations descendantes de ces immigrés. Ils ont les caractéristiques physiques du pays d'origine de leurs parents mais ils sont aussi et avant tout des français. Ces personnes là vivent avec plusieurs processus qui fondent parfois un conflit de loyauté : l'enculturation⁴³ de leurs pays, la France ; la déculturation⁴⁴ à cette époque en pleine évolution technologique et l'habitus⁴⁵ transmis par leurs parents maghrébins.

5.1.11. Synthèse du concept de culture maghrébine

« ALLIER CULTURE ET SOINS C'EST AUSSI S'EFFORCER DE RAPPROCHER INDIVIDUALISME ET HOLISME. LA NOTION DE CULTURE NE DOIT TOUTEFOIS PAS ÊTRE ABORDÉE COMME UN MONOLITHE CONDUISANT À CATÉGORISER ET À HOMOGÉNÉISER À L'EXTRÊME. CE SERAIT IGNORER LES PHÉNOMÈNES DE CONSTRUCTION IDENTITAIRE, D'ACCULTURATION ET D'ENCULTURATION. MÊME SI L'ON NE PEUT NIER UN CERTAIN DÉTERMINISME SOCIOCULTUREL, CELUI-CI N'ANNIHILE PAS LA LIBERTÉ DE L'INDIVIDU À SE CONSTRUIRE UNE IDENTITÉ. ⁴⁶»

Pour conclure sur le concept de culture maghrébine, j'ai choisi d'utiliser la citation de Christophe Debout, lui-même infirmier. Il reprend dans les grands axes ce que j'ai tenté d'explicitier précédemment.

Le corps et l'esprit sont indissociables, c'est pour cela que nous ne pouvons soigner un patient en ignorant sa culture. La culture est à la fois universelle pour une

⁴³ B. TISON. Enculturation : Processus par lequel un individu intègre la culture de son groupe. *Soins et cultures*. Petit lexique. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

⁴⁴ B. TISON. Déculturation : Dégradation des cultures traditionnelles par l'occidentalisation. *Soins et cultures*. Petit lexique. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

⁴⁵B. TISON. Habitus : Ensemble des dispositions (comportements, styles de vie...) acquises au sein du milieu social d'origine et qui vont par la suite structurer les pratiques quotidiennes. (P Bourdieu). *Soins et cultures*. Petit lexique. 244 pages. Elsevier Masson. Mars 2007.

⁴⁶ C. DEBOUT. *Ethnonursing, articuler culture, santé et soins*. Revue Soins n°773. Pages 55 à 59. Mars 2013.

population mais aussi propre à chaque individu. Elle varie selon l'environnement et constitue des repères fondamentaux indispensables à une personne susceptible de se sentir vulnérable dans le contexte de la maladie. Par exemple, la culture maghrébine est issue du Maghreb mais a des variantes selon l'individu.

S'il m'était important de distinguer culture de religion notamment avec le processus de déculturation émergeant, ces deux termes sont tout de même étroitement liés au Maghreb. Puisque en effet, 99% des Maghrébins sont de religion musulmane. Je souhaite alors poursuivre cette partie avec le concept de la religion musulmane afin de matérialiser cette idée fondatrice de ma question de recherche.

5.2. Le concept de religion musulmane

« DIEU N'A PAS FAIT DESCENDRE SUR TERRE UNE MALADIE SANS AVOIR EN MÊME TEMPS FAIT DESCENDRE SON REMÈDE »⁴⁷

Comme précédemment, pour cette partie, je vais d'abord définir le concept de religion puis celui de la religion musulmane.

5.2.1. L'approche philosophique de la religion

« LA RELIGION EST UN ENSEMBLE DE CROYANCES ET DE DOGMES DÉFINISSANT LE RAPPORT DE L'HOMME AVEC LE SACRÉ. »⁴⁸

⁴⁷ ISABELLE LEVY. Selon le Coran, Dieu a créé les pathologies. *Croyances & Laïcité. Guide pratique des cultures et des religions. Leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières*. Chapitre 9, page 339. Paris, éditions Estem, octobre 2008, 495 pages.

Comme l'explique cette définition et comme le soulève, Montesquieu⁴⁹, les croyances composent une religion. La religion n'a donc pas de rôle explicatif et n'est pas porteuse d'une vérité vraie. Selon lui, elle vise la perfection individuelle.

Quant à Schleiermacher, philosophe : « La religion, pour entrer en possession de son bien propre, renonce à toute prétention sur tout ce qui appartient à la métaphysique et à la morale, et restitue tout ce qu'on lui a incorporé de force. Elle ne cherche pas à déterminer et expliquer l'univers d'après sa nature à lui comme fait la métaphysique ; elle ne cherche pas à le perfectionner et l'achever par le développement de la liberté et du divin libre arbitre de l'homme ainsi que fait la morale. En son essence, elle n'est ni pensée ni action, mais contemplation intuitive et sentiment. Elle veut contempler intuitivement l'Univers ; elle veut l'épier pieusement dans ses manifestations et les actes qui lui sont propres; elle veut se laisser, dans une passivité d'enfant, saisir et envahir par ses influences directes. ⁵⁰»

Et chaque philosophe va de son pronostic pour l'intérêt de la croyance et la pratique d'une religion : permet d'obéir aux lois morales, préserve la société des intérêts individuels, utilise Dieu comme explication des phénomènes irrationnels non expliqués par la métaphysique, manifeste la crainte et l'espoir des biens incertains, est un moyen de faire taire les pulsions corporelles, est un mythe magique...

La religion est alors un fait très personnel interprété selon chaque individu et qui est choisie librement. Certains n'ont pas de croyances, pour d'autres cela paraît fondamental. On peut donc se demander, dans le contexte de la maladie, quels usages de la religion font les patients ?

⁴⁸ ISABELLE LEVY. *Croyances & Laïcité. Guide pratique des cultures et des religions. Leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières*. Chapitre 2, page 35. Paris, éditions Estem, octobre 2008, 495 pages.

⁴⁹ MONTESQUIEU. *De l'esprit des lois*. Cinquième partie, livres XXIV à XXVI. 1748.

⁵⁰ MAPHILO.NET. La religion- Cours de philosophie. [réf du 09/12/14]. Disponible sur internet : <http://www.maphilo.net/religion-cours.html>

5.2.2. La religion à l'hôpital

« JE NE TE DEMANDE PAS QUELLE EST TA RACE, TA NATIONALITÉ OU TA RELIGION MAIS QUELLE EST TA SOUFFRANCE. »⁵¹

En France, les soins infirmiers sont appliqués dans une dynamique laïque. Toute personne a droit aux soins quel que soit son appartenance religieuse, ses croyances ou bien son origine. Aujourd'hui le respect de la religion fait partie intégrante du soin. D'ailleurs, la charte du patient hospitalisé⁵² déclare que « tout établissement de santé s'engage à respecter les rites spirituels des personnes qu'il accueille. Ainsi, dans la mesure du possible, un patient doit pouvoir suivre les préceptes de sa foi⁵³ ». Néanmoins, tout prosélytisme est interdit que l'on soit : soignant, bénévole ou visiteur.

De plus, l'arrêté ministériel du 12 avril 1979, relatif au programme d'études en IFSI, intègre l'attention à apporter aux croyances et aux rites religieux dans la prise en charge du patient. Cette initiative a pour but d'évincer l'agnosticisme de certains soignants qui se manifestent souvent par de l'indifférence et de l'ignorance des pratiques religieuses de leurs patients. Mais cette ignorance devrait peut-être disparaître puisque dans le manuel d'accréditation des établissements de santé⁵⁴, il est stipulé que « les croyances du patient sont respectées. Le patient est informé qu'il peut faire appel au ministre du culte de son choix ».

Si ce n'est pour obtenir des bonnes notes à l'accréditation alors pourquoi est-il si important de respecter ces pratiques religieuses ? Qu'est ce que cela représente pour le patient ?

⁵¹ Citation de LOUIS PASTEUR.

⁵² CHARTE DU PATIENT HOSPITALISEE annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

⁵³ Préceptes tels que : recueillement, présence d'un ministre de culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...

⁵⁴ Manuel d'accréditation des établissements de santé édité par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Février 1999.

Comme je l'explicité précédemment la valeur de la religion est propre à chacun. Mais « si la pratique d'une religion peut être essentielle au bien être d'une personne en bonne santé, l'expression des besoins spirituels l'est plus encore pour la personne souffrante⁵⁵ ». Je crois, mais c'est donc ma croyance personnelle, que nous soignants, devons utiliser le libre cours des pratiques religieuses des patients dans le respect des règles, comme moyen thérapeutique. En effet, quelques soient nos convictions, si la pratique religieuse peut contribuer au bien être du patient, pourquoi la contenir ? « Le corps et l'esprit étant intrinsèquement et indissociablement mêlés au cours de notre vie⁵⁶ » nous dit Isabelle Lévy. Serait-ce alors, une attitude soignante que de dissocier ces deux composantes pour se consacrer uniquement au corps (corps qui nous semble rationnel et cartésien) ?

Ensuite, il faut savoir que chaque homme interprète le monde selon ses propres références socioculturelles. Par exemple, nous pouvons retrouver deux discours propices aux malentendus : La maladie est liée à une cause métaphysique pour certains patients et pour certains soignants, la maladie est un fait biologique et naturel. Ces deux discours sont opposés mais d'une égale légitimité. Toutefois, ils peuvent mettre à mal la relation soignant-soigné. Pour éviter cela, David le Breton⁵⁷ suggère d'avoir recours à l'échange pour tout d'abord, confirmer l'égale dignité des interlocuteurs. Ensuite, il voit la prise en compte de la dimension religieuse comme une négociation informelle permettant alors la construction d'une alliance thérapeutique. Or, nous verrons dans le concept suivant, à quel point il peut être important d'obtenir l'adhésion du patient à son projet de soin. Mais avant cela, je vais tenter d'éclaircir les croyances fondées par la religion musulmane.

⁵⁵ ISABELLE LEVY. *Soins et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Page 11. Paris : édition Estem, 1999, 210 pages.

⁵⁶ ISABELLE LEVY. *Soins et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Page 23. Paris : édition Estem, 1999, 210 pages.

⁵⁷ DAVID LE BRETON. Bulletin n°13. *Revue Ethique-cancer*, septembre 2013. Disponible sur : <http://www.ethique-cancer.fr/phoenixws/detailbulletins/topic-2,27/bulletin-n-13-septembre-2013.html>

5.2.3. La religion musulmane⁵⁸

« QUE LA PATIENCE ET LA PRIÈRE SOIENT POUR VOUS UNE AIDE.⁵⁹ »

Une personne musulmane est un fidèle de l'Islam. L'Islam c'est une religion monothéiste fondée par Mahomet. Etymologiquement, l'Islam, signifie la soumission et la confiance totale en Allah (Dieu de l'Islam). Le ministre de culte est un imam et le livre de culte s'appelle le Coran, c'est un livre regroupant les paroles de Dieu révélées à Mahomet. Environ 85% des musulmans font partie du courant du sunnisme, c'est une pratique religieuse adaptée au mode de vie occidental et actuel. Et 15% d'entre eux sont issus du courant chiisme qui est une pratique religieuse plus radicale. La loi interdit le recensement des personnes croyantes mais la question à l'appartenance religieuse estime qu'il y a en France, environ 7% de musulmans. Mais quel que soit ce nombre, chaque homme mérite le respect de sa croyance et sa pratique⁶⁰. Quels sont les enjeux de cette pratique dans un contexte de soin ?

5.2.4. La pratique religieuse musulmane et les soins

« LE TEMPS DE L'HOSPITALISATION EST SOUVENT CONSACRÉ À UNE RELECTURE DE SA VIE. [...] LÀ, BEAUCOUP DE CHOSES REMONTENT À LA

⁵⁸ VIALON O, cours de la promotion 2013-2016 de l'IFSI de Montbrison, compétence 7 UE 1.3
« Prendre en compte la dimension culturelle dans les situations de soins. Soins culturels, croyances et droits : quels enjeux ? »

⁵⁹ Coran, 2, 45.

⁶⁰ ARTICLE 10 DE LA DECLARATION DES DROITS DE L'HOMME de 1789 : « Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi. »

SURFACE ET LES MALADES ONT ALORS BESOIN DE FAIRE DES RENCONTRES, HORS DE LA SPHÈRE SOIGNANTE. ⁶¹» FRANÇOISE GUILLIN.

Les patients sont donc libres d'exercer la pratique de leur religion dans une institution de soins. Les pratiques des croyances dépendent des religions et sont donc très variées et différentes. Ce travail n'ayant pour but d'écrire la liste exhaustive des pratiques religieuses musulmanes, je vais plutôt développer le rite de la circoncision que j'ai rencontré pendant mon stage de pédiatrie.

Dans la seconde partie de mon TFE, j'explique la signification de la circoncision rituelle chez les musulmans. La circoncision peut également être appelée posthécotomie⁶², c'est une intervention chirurgicale consistant à l'ablation du prépuce. En France, la loi autorise cette intervention pour des raisons religieuses, médicales, hygiéniques ou prophylactiques des maladies sexuellement transmissibles. Néanmoins, la sécurité sociale prend en charge la circoncision à 100% uniquement dans le cas où il y a phimosis (étroitesse du prépuce empêchant de découvrir le gland). Les frais liés à une circoncision rituelle sont alors à la charge de la famille de l'enfant. En lien avec les risques : de douleur, infectieux, hémorragiques... la circoncision rituelle est elle un acte de santé publique ? Quoi qu'il en soit, nul ne peut s'opposer à cet acte.

Mais de nombreux soignants se demandent quelles sont les limites de la pratique religieuse dans les soins ? Certes il est nécessaire de connaître ces pratiques. Toutefois, notre rôle infirmier, celui du « prendre soin⁶³ », doit mettre un terme à des pratiques mettant en danger : le patient (par exemple : faire le ramadan pendant la grossesse) et les autres (ex : allumer des bougies dans une chambre

⁶¹ Aumônière à l'hôpital de Nîmes. ISABELLE LEVY. *Croyances & Laïcité. Guide pratique des cultures et des religions. Leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières.* Chapitre 9, pages 347. Paris, éditions Estem, octobre 2008, 495 pages.

⁶² ISABELLE LEVY. *Croyances & Laïcité. Guide pratique des cultures et des religions. Leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières.* Chapitre 8, pages 311 à 315. Paris, éditions Estem, octobre 2008, 495 pages.

⁶³ WALTER HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, édition Masson, 1997, 195 pages.

d'hôpital où de l'oxygène est présent dans les murs). En cas d'incertitudes les soignants ne sont pas démunis d'informations : formation, interprètes, calendriers liturgiques⁶⁴, recours aux ministres de culte⁶⁵... Ces éléments sont-ils contributifs à la formation de l'alliance thérapeutique ? L'alliance thérapeutique est elle possible dans une relation interculturelle ?

5.3. Le concept d'alliance thérapeutique

« CHAQUE FOIS QUE JE RENCONTRE DES GENS, JE LES APPROCHE À PARTIR DE NOS POINTS COMMUNS LES PLUS ÉLÉMENTAIRES. CHACUN D'ENTRE NOUS POSSÈDE UNE ENVELOPPE CORPORELLE, UN ESPRIT, DES ÉMOTIONS. TOUS, NOUS SOMMES NÉS DE LA MÊME FAÇON, ET, NOUS MOURRONS. TOUS, NOUS SOUHAITONS LE BONHEUR ET NE VOULONS PAS SOUFFRIR. CONSIDÉRER LES AUTRES SUR CETTE BASE ME PERMET D'ALLER À LA RENCONTRE DE MON SEMBLABLE, TOUT SIMPLEMENT. JE

⁶⁴ Disponibles dans des lieux de culte ou s'adresser à l'association (loi 1901) Espace 19 175 bis, rue de Crimée 75019 Paris.

⁶⁵ CIRCULAIRE n°235/DH/4 du 19 janvier 1976 relative aux aumôniers des établissements relevant du livre IX du Code de la Santé Publique.

TROUVE QU'ÉTABLIR LA RELATION À CE NIVEAU FACILITE GRANDEMENT LE DIALOGUE ET LA COMMUNICATION⁶⁶. »

5.3.1. Qu'est ce que l'alliance thérapeutique ?

« LA CONFIANCE EST LE CIMENT INVISIBLE QUI CONDUIT UNE ÉQUIPE À GAGNER.⁶⁷ »

Selon le dictionnaire Larousse, l'alliance est « une union, un accord intervenant entre des pays, des personnes ». Etymologiquement, alliance vient du verbe allier et ce mot est constitué du préfixe latin ad (près de) et de ligare (attacher, lier, unir).

Historiquement, le terme alliance est employé dans : l'histoire biblique (accords passés entre Dieu et des individus), dans la politique (traités de paix) et dans le mariage (union de deux personnes).⁶⁸

En 1912 ce concept dans les soins est abordé par Freud. Il pensait que la partie saine du moi du patient, pouvait construire un attachement au thérapeute se poursuivant par un engagement dans le cadre de la bienveillance afin de guérir. Mais c'est Zetzel qui introduit cette notion d'alliance thérapeutique. Rogers aborde ce concept et élabore les comportements auxquels doivent se fier les thérapeutes : empathie, regard positif et authenticité. En 1975, Bordin aborde le concept différemment : l'alliance thérapeutique doit être fondée sur une collaboration réciproque dans un intérêt commun, la lutte contre la maladie, la souffrance et la dépression. Selon lui, trois éléments doivent être préalablement identifiés : les tâches (actions mises en place), les buts (objectifs fixés) et l'engagement des interlocuteurs.

⁶⁶ DALAÏ-LAMA ET HOWARD CUTLER, *L'art du bonheur, Sa sainteté le Dalai-lama*, édition J'ai lu, 11/10/2000, 284 pages.

⁶⁷ BUD WILKINSON, Citations Confiance, 26/12/2014, Disponible sur internet : <http://www.citation-celebre.com/citation/confiance>

⁶⁸ J BASTIAN, J-L VALDEYRON ET V VAQUIER, *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique*, Revue Recherche en soins infirmiers n°66, pages 93 à 99, septembre 2001.

Bordin suggère alors la collaboration mutuelle des interlocuteurs tandis que Rogers élabore une théorie où seule l'attitude positive du soignant est déterminante dans l'alliance thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, l'alliance thérapeutique n'est pas conçue par un protocole technique et malgré son importance, elle ne fait pas l'objet d'une prescription médicale⁶⁹. Alors comment éviter les accidents relationnels ? Nous pourrions peut être parlé d'alchimie entre patient et soignant. Comment se procurer cette alchimie ?

5.3.2. L'alchimie entre patient et soignant : l'alliance thérapeutique

« L'ESPÉRANCE DE GUÉRIR EST DÉJÀ LA MOITIÉ DE LA GUÉRISON⁷⁰. »

L'alliance est un lien de confiance entre le patient et le soignant. Ce lien devient thérapeutique lorsque le patient participe à son projet de soin. L'implication du patient dans les soins permet que les soins soient plus personnalisés et adaptés et fait également diminuer le taux d'abandons thérapeutiques⁷¹.

Préalablement, il faut donc réussir à établir un lien de confiance entre le patient et le soignant. Comme le disait Rogers, l'empathie et l'authenticité sont des valeurs phares. A celles-ci, peuvent s'ajouter l'accueil et l'écoute ainsi que de nombreuses valeurs soignantes contribuant à une relation de soin dite humaniste.

L'empathie, différente de la compassion, permettra une approche personnalisée. Le soignant doit se décentrer de lui-même et reconnaître qu'il n'est pas tout-puissant. Un soignant authentique c'est celui qui est congruent dans son

⁶⁹ I LOLIVIER, L'alliance thérapeutique en question, Revue Santé mentale n° 181, pages 26 à 41, octobre 2013.

⁷⁰ VOLTAIRE, *Œuvres complètes de Voltaire*, Volume 9 Partie 1, 26/12/2014, disponible sur internet : <http://artdevivresain.over-blog.com/article-5038732.html>

⁷¹ Cours de S. BOUILHOL, promotion 2012-2015, septembre 2013, compétence 6 UE 4.2 « L'alliance thérapeutique », 46 diapositives.

attitude, ses pensées et ses émotions. Cela évite les contre-attitudes et permet au patient de connaître le soignant, ce qui est sécurisant pour lui. Ensuite, le soignant doit être en capacité d'accueillir le patient sans jugement porté. Malgré la différence, le soignant est amené à découvrir la part de merveille⁷² présente en chaque individu. Enfin, le soignant doit faire preuve d'une écoute active par sa disponibilité et son attention. Être écouté, c'est rassurant. Cela permet de verbaliser les maux. Mais cette écoute est avant tout un travail sur soi même. Le soignant doit se connaître et doit reconnaître ses limites. Le patient peut parfois nous renvoyer des faits douloureux qui altèrent notre jugement et donc la relation de soin.

Ces quatre valeurs soignantes forment la composante affective de la relation de soin mais l'alliance devient thérapeutique lorsque le patient reconnaît l'infirmier(e) comme professionnel de soin. Ainsi, le caractère professionnel permet d'élaborer une juste distance relationnelle favorisant la collaboration.

Si ces notions sont indispensables à l'alliance thérapeutique, le fait que le patient se reconnaisse tel quel, n'est pas des moindres nécessités. Celui qui a besoin de soins doit pouvoir conscientiser et accepter qu'il demande des soins. Le patient qui est dans le déni de sa pathologie sera alors dans l'opposition voir le refus de soin puisqu'il ne comprendra pas le but des soins et ainsi il n'accordera pas sa confiance aux soignants. Nous, infirmier(e)s, devons parfois accompagner le patient dans cette démarche, on parle alors de relation d'aide. Vient ensuite l'alliance thérapeutique où la collaboration mène le soignant à prendre soin du patient et le patient à prendre soin de lui-même.

L'alliance thérapeutique est alors indéniablement liée au professionnalisme du soignant. Or le professionnalisme est obtenu grâce à l'acquisition de connaissances, prochain concept que je vais aborder.

5.4. Le concept de connaissance

⁷² WALTER HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, édition Masson, 1997, 195 pages.

« CONNAÎTRE SON IGNORANCE EST LA MEILLEURE PART DE LA CONNAISSANCE.⁷³ »

Selon le dictionnaire Larousse, la connaissance c'est « l'action, le fait de comprendre, de connaître les propriétés, les caractéristiques, les traits spécifiques de quelque chose ». Les connaissances peuvent être acquises par la théorie et par l'expérience.

5.4.1. L'approche philosophique de la connaissance

« LE PLUS GRAND SAVOIR EST DE SAVOIR DOUTER.⁷⁴ »

En philosophie, on distingue trois types de connaissances⁷⁵ : la connaissance propositionnelle (vérifier une hypothèse, savoir que la Terre est ronde par exemple), le savoir-faire (action acquise par l'expérience, savoir faire un pansement) et la connaissance objectuelle (connaître une chose en particulier, comme connaître une ville).

Traditionnellement, les philosophes définissent la connaissance comme une croyance vraie justifiée. Or la religion repose sur une croyance. Si pour les patients croyants, leurs religions est une croyance vraie et justifiée peut-on dire qu'ils ont des connaissances ? Pourtant, les personnes athées ne qualifieraient pas les croyances issues de religions comme des connaissances puisqu'ils leur semblent que ce n'est ni vrai ni justifié. C'est ce que les philosophes ont appelés le problème de Gettier, soit la contestation de la définition traditionnelle de la connaissance.

⁷³ PROVERBE CHINOIS, 06/01/2015, disponible sur internet : <http://evene.lefigaro.fr/citations/mot.php?mot=connaissance>

⁷⁴ ETIENNE- FRANCOIS DE VERNAGE, *Maximes et réflexions*, 1690, disponible sur internet : <http://www.proverbes-francais.fr/citations-savoir/>

⁷⁵ WIKIPEDIA, *Connaissance (philosophie)*, 26/12/14, disponible sur internet : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Connaissance_\(philosophie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Connaissance_(philosophie))

Hegel disait « La connaissance est la relation entre le concept et la réalité effective »⁷⁶. Quoi qu'il en soit, la connaissance d'un domaine professionnel permet de devenir un professionnel. Quelles connaissances permettent d'être infirmier ?

5.4.2. Les connaissances pour être infirmier

Comme le déclare les textes législatifs⁷⁷, la formation infirmière comprend l'enseignement théorique et pratique ainsi que les stages. Soit le savoir et le savoir faire. Mais la formation va bien au-delà, elle nous apprend à développer en chacun de nous, un savoir être. Développons ces notions constituant des connaissances dans le cadre du métier d'infirmier.

Le savoir⁷⁸ c'est l'ensemble des connaissances acquises par l'enseignement. Le savoir faire est constitué de savoirs pratiques acquis par l'expérience. Quant au savoir être, c'est être capable de produire des actions et des réactions adaptées à la société humaine et à l'environnement. Toutes ces connaissances, ces savoirs sont réunis en un mot : la compétence. C'est pour cela que les étudiants infirmiers doivent acquérir dix compétences afin d'avoir les connaissances nécessaires à la pratique du métier :

- ⇒ Compétence 1 : Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier.
- ⇒ Compétence 2 : Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers.

⁷⁶ LA PHILOSOPHIE, *La connaissance : Définition Philosophique*, 27/04/12, disponible sur internet : <http://la-philosophie.com/connaissance-definition-philosophie>

⁷⁷ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Editions Berger Levrault. A jour le 10/07/2012, 205 pages.

⁷⁸ Cours de T. BARTHOLIN. 05/02/14, compétence 5 UE 4.6 « Encadrement des professionnels de soins. Qu'est ce qu'encadrer : apprendre à apprendre ? », 25 diapositives.

- ⇒ Compétence 3 : Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens.
- ⇒ Compétence 4 : Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique.
- ⇒ Compétence 5 : Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs.
- ⇒ Compétence 6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins.
- ⇒ Compétence 7 : Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle.
- ⇒ Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques.
- ⇒ Compétence 9 : Organiser et coordonner des interventions soignantes.
- ⇒ Compétence 10 : Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Certains IFSI abordent la compétence interculturelle⁷⁹ dans le cadre de la compétence 7 et l'éthique. C'est un concept infirmier récent mais qui a toute son importance. D'autres, suivent des formations pour s'initier et tenter de l'acquérir.

6. L'analyse

Afin d'accomplir pleinement ce travail de recherche, j'ai effectué des entretiens auprès de quatre professionnels de santé. Je voulais également interroger des patients de religion musulmane et/ou de culture maghrébine, mais ceci n'a pas été possible. Mes stages étaient des lieux qui ne se prêtaient pas aux entretiens : urgences et libéral (où je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer des patients de cette

⁷⁹ Cf pages 12 à 15.

culture ou de cette religion). J'ai donc contacté l'imam référent de l'hôpital afin de lui demander de m'orienter vers des familles musulmanes et/ou maghrébines qui accepteraient de répondre à mes questions. Celui-ci ne m'a pas répondu malgré mes messages sur son répondeur téléphonique. J'ai également choisi de ne pas aller interroger les patients dans les autres services de l'hôpital car cela n'était pas en corrélation avec ma recherche qui se questionne également sur l'alliance thérapeutique entre le soigné et le soignant. En effet, comment établir des entretiens sur ce sujet sociétair tabou avec des patients qui ne me connaissent absolument pas ?

A l'issue de ces enquêtes de terrain, j'ai réalisé une analyse qui confronte la théorie à la réalité du terrain. L'analyse se décline en deux phases : l'analyse descriptive⁸⁰ et l'analyse compréhensive.

6.1. L'introduction

Afin que l'entretien débute progressivement et de façon positive, j'ai choisi de commencer en demandant à mes interlocuteurs quels étaient leurs parcours professionnels. J'ai interrogé quatre personnes : une infirmière qui exerce dans un centre de soins et jeune diplômée, une psychologue diplômée depuis 10 ans et qui exerce en pédopsychiatrie, une cadre de santé qui a été pendant 20 ans infirmière et

⁸⁰ Annexe 3 : Méthodologie de l'analyse descriptive.

qui est cadre depuis 6 ans en cardiologie. Et enfin, un médecin qui ne m'a pas dit sa date de diplôme, qui travaille en médecine interne et en psychosomatique et qui a peut être ressenti à ce moment, le besoin de m'indiquer que sa famille était d'origine maghrébine. Cela m'a d'ailleurs interrogé, pense t-il que j'ai pris contact avec lui pour son origine culturelle ? Que veut-il me faire passer comme message ? S'attend t-il à une satire sur cette culture ?

Trois entretiens se déroulent sur les lieux de travail de ces professionnels et un entretien se déroule au domicile de l'infirmière. Dans chacun des entretiens nous sommes dérangés par un téléphone. Les entretiens ont été perturbés plusieurs fois notamment sur les lieux de travail par ce que les professionnels étaient sollicités par leurs collègues. C'est ainsi que je me suis demandé si il était vraiment judicieux de les rencontrer pendant leurs postes de travail. D'ailleurs, la cadre de santé et le médecin étaient en retard à notre rendez vous et ils m'ont exprimées le fait d'avoir un temps restreint à me consacrer. En revanche, à domicile l'entretien fût très convivial, il s'est déroulé autour d'un café. De même j'ai été très bien accueillie en pédopsychiatrie où les bureaux sont des lieux d'entretiens bien isolés et où la politique de l'équipe soignante veut que l'on n'entre pas lorsque la porte est fermée.

Je tutoie l'infirmière et la psychologue et réciproquement car j'ai fais un stage avec elles, dans leurs lieux de travail. Néanmoins, je vouvoie la cadre de santé et le médecin qui eux, me tutoie mais cela ne m'a pas dérangé.

Je n'ai pas posé toutes les questions que j'avais prévues, au médecin car je me suis tout simplement sentie embarrassante. Lorsque je suis arrivée, plusieurs personnes l'interpellaient : infirmières, internes, famille de patients... J'ai patienté pendant un quart d'heure puis il m'a fait entrer dans son bureau. Avant de débiter, le docteur a fixé la durée maximum de l'entretien : 20 minutes car il avait beaucoup de travail (Les autres entretiens durent environ 45 minutes jusqu'à 1 heure). Son bureau était entièrement recouvert de dossiers médicaux en désordre, cela se confirmait : il était débordé de travail. Pendant l'entretien, nous avons été dérangés plusieurs fois pour des raisons médicales très importantes. Ainsi, le médecin m'a semblé ne pas être complètement concentré sur l'entretien. D'ailleurs, il m'a fait reformuler plusieurs fois les questions et il avait souvent des réponses inadaptées aux questions. Toutes

ces raisons ont fait que je ne me suis pas sentie à l'aise, j'ai donc préféré abréger l'entretien.

6.2. Les entretiens

- *Vous est-il arrivé de soigner des personnes de culture maghrébine et/ou de religion musulmane ?*

Tout d'abord, il me semble important de préciser que les quatre professionnels interrogés exercent dans la même localité. Ils me disent qu'ils ont tous déjà pris en soin ces personnes là.

L'infirmière et la cadre de santé déclarent que cette prise en charge est fréquente. Pour l'infirmière, c'est plusieurs fois par semaine et pour la cadre c'est quotidien. La fréquence n'est donc pas perçue de la même façon par ces deux professionnelles, j'aurais peut-être dû demander des chiffres précis.

Au contraire, les deux autres professionnels disent que c'est peu ou pas fréquent. La psychologue dit que ce sont « cinq familles à peu près sur les cinquante enfants accueillis ». Objectivement, la psychologue a donc 10% de ces patients qui sont magrébins et/ou musulmans. Je me suis demandé si le secteur de la psychiatrie pouvait être réellement représentatif puisque j'ai lu dans plusieurs articles que la psychiatrie était inexistante au Maghreb. La maladie mentale est très mal perçue dans ces pays. Est ce que les personnes de culture maghrébine qui vivent en France ont également ce point de vue ?

Le médecin me dit : « La population maghrébine est très peu importante par rapport à Saint Etienne » quelle est sa notion de fréquence ? Et il précise « Il y a plus de turcs, de portugais ». Or, pendant les entretiens, les quatre professionnels interrogés font des lapsus ou des amalgames entre population turque et population maghrébine. Est-ce que c'est par ce que les personnes turques pratiquent généralement la religion musulmane ? Toutefois, ce ne sont pas les premières fois que j'écoute des personnes se tromper sur les cultures ou les religions. Par exemple, souvent les gens ne distinguent pas les chinois des japonais. Est-ce que les français distinguent les turques des maghrébins ?

J'ai également été surprise du fait que chacun d'entre eux m'a fournit des exemples de situations de soins sur des religions autres que musulmane et sur des cultures autres que maghrébine. Pourquoi les soignants m'ont-ils parlé des anglais ou des catholiques alors que je parle des maghrébins et des musulmans? Est-ce un moyen de ne pas stigmatiser les maghrébins et les musulmans ? Mon entretien est-il perçu comme stigmatisant ? Ont-ils voulu me montrer d'autres différences culturelles et religieuses ? Les soignants ont-ils compris mes questions ? J'ai eu l'impression

que globalement, ils me parlaient plus des étrangers que des personnes maghrébines et/ou musulmanes.

C'est ainsi que je me suis questionnée sur ma formulation du guide d'entretien, peut être que je n'aurais pas dû associer dans une même question les termes : culture maghrébine et religion musulmane. Ces termes sont intrinsèquement liés mais tout de même différents. Je me demande s'ils n'ont pas troublés mes interlocuteurs.

- *Quelles représentations avez-vous de la prise en charge de ces patients ?*

L'infirmière et la cadre s'entendent sur le même point de vue : « ce sont des patients comme les autres ». Pour l'infirmière ce n'est pas la religion qui l'intéresse d'emblée : « Quand je vois un patient [...] je me dis pas : ah ben tiens il est musulman. » Elle précise « il faut que je m'adapte au patient en fait, pas à sa

religion. » Cela signifie donc que la religion est à prendre en compte dans la globalité du patient et non comme une composante particulière ?

Quant à la cadre de santé, la rencontre d'un patient de culture différente de la sienne lui a induit un questionnement, ainsi elle déclare : « Je me suis renseignée beaucoup sur leurs cultures pour essayer de pas heu de pas, par mes actes quotidiens, froisser heu par méconnaissance en fait de leur culture. » Cela m'a renvoyé à mon questionnement initial et donc si la connaissance permet de ne pas offusquer, renforce-t-elle l'alliance thérapeutique ? Toutefois elle ajoute « je réexplique que c'est un contexte laïque ». A ce moment là, je lui demande ce que signifie laïque et elle me répond : « On ne peut pas au nom de la religion, faire valoir ou refuser des soins ». Donc si la laïcité ne permet pas la promulgation d'une religion, interdit-elle celle d'une culture ? Elle explique qu'il faut tout de même essayer de trouver un terrain d'entente avec le patient et que l'on peut accepter le refus de soin car ce sont « les droits du patient de refuser des examens. » Selon le dictionnaire Larousse, la laïcité est la « conception et l'organisation de la société fondée sur la séparation de l'église et de l'état et qui exclut les églises de tout pouvoir politique ou administratif et en particulier, de l'organisation de l'enseignement ». Jusqu'à présent c'est bien la définition que j'appropriais à laïc. Cependant, j'entends par cela que l'institution et donc son personnel doit être laïc mais je me demande si cela signifie également que le patient doit laïciser ses convictions car cela reviendrait donc à le dépersonnaliser. Laïc est-il compatible avec la charte du patient hospitalisé où le respect des croyances est promulgué ? La laïcité conduit-elle au déni des croyances religieuses du patient ? Un nouveau questionnement émerge dans ce travail de recherche.

« La religion des gens ne m'intéresse absolument pas du tout, dans ce champ là » me dit le médecin. En revanche il dit également « je m'intéresserais plus au fait que les gens soient dans des croyances spirituelles donc qui ont la foi ». Pour lui, les croyants sont plus inscrits dans une dynamique de vie. Premièrement, je me demande en quoi la croyance se différencie-t-elle de la religion ? Toujours selon le dictionnaire Larousse, la croyance est : « fait de croire à l'existence de quelque chose ou quelqu'un, à la vérité d'une doctrine, d'une thèse ». Donc j'en déduis que la croyance peut être religieuse mais pas uniquement. Alors si je comprends bien ce

qu'a voulu exprimer le docteur, la croyance religieuse peut être une aide à la guérison.

Puis le médecin aborde sa représentation de la culture maghrébine : « J'ai l'impression que ça pourrait être mon oncle ». Mais de la même façon que « les gens de l'Ardèche ils vont être super contents de voir un Ardéchois ». Cela signifie t-il qu'un maghrébin peut représenter pour ce médecin « le bon patient ⁸¹ » ? Sera-t-il davantage investi dans le soin ? Cela me renvoie à mon questionnement initial, celui qui ne nous ressemble pas est-il bien soigné ?

A ce moment là, il a également parlé des français qui étaient partis à la guerre d'Algérie, « ils sont du Maghreb dans le sens où ils sont, ils ont été traumatisés donc ils sont toujours la bas ». Ce médecin a de nombreux patients qui ont vécu la guerre d'Algérie et qui l'expriment lors de l'entretien médical mais qui ne s'attardent jamais trop sur les détails soit par ce ça été trop horrible soit par ce qu'on leur a demandé de ne pas en parler. De prime abord, j'ai pensé que cette discussion devenait hors sujet. Puis je me suis demandé si ces personnes étaient aussi de culture maghrébine. Par ce que ces personnes ont vécu un traumatisme au Maghreb sont-elles pour autant empreintes de la culture maghrébine ? L'état de stress post traumatique peut-il être culturel ?

Pendant cet échange, le médecin me demandera également si je suis moi aussi de culture maghrébine, ce que je trouve curieux. Je ne sais pas pourquoi mais je me sens alors obligé de justifier mon choix de sujet et je cite l'exemple du diagnostic syndrome méditerranéen. Ainsi il me dit que la dimension culturelle est importante à prendre en compte car les soignants peuvent faire « des erreurs d'écoute de l'expression du symptôme culturel ». Selon lui, l'expression d'un symptôme est culturel, il prend l'exemple de la douleur où un anglais tolèrera la douleur et ne l'exprimera pas et au contraire un maghrébin l'exprimera dans toute sa totalité. « Or, la tendance justement, c'est de stigmatiser de manière négative, les populations plutôt du sud hein avec l'Occident, le nord, les plus intelligents. Et le sud,

⁸¹ N. BOUCHER ET A. VEGA. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins*. Revue objectif soin n°90, novembre 2000.

les blaireaux qui ont rien compris [...] il faut connaître un peu la culture de l'autre pour connaître le mode d'expression. » Ce médecin a-t-il déjà été offusqué ? Est-ce de la colère ? Il ajoute que « tout ce qu'on a à faire, c'est entendre ce qui est réellement dit » et « accepter que ce que l'autre va dire n'est pas son langage ». Cela n'est-il pas une introduction à la compétence interculturelle ?

Enfin, la psychologue dit qu'elle considère chaque personne au cas par cas mais elle parle d' « histoires plus compliquées ou en tout cas plus, plus non-dites ». Selon elle, la première génération des maghrébins de France sont des personnes qui ont un parcours migratoire traumatique puisque les hommes sont d'abord venus seuls pour travailler, ils ont été traités avec mépris par les français et la loi du regroupement familial a fait naître en eux, un sentiment de honte puisque leurs familles ont découvert leurs quotidiens. Or, les enfants soient la seconde génération, ont été témoins de cela et ont ainsi peut être grandit dans la haine ou la colère. Globalement, des blessures narcissiques subsisteraient dans ces familles. Quant aux générations descendantes des immigrés, elle aborde également la difficulté à « organiser son identité » puisqu'ils doivent composer avec deux cultures. Cela m'a alors rappelé mes recherches autour du concept de culture notamment sur le phénomène d'acculturation que Brigitte Tison aborde dans son ouvrage Soins et culture. Cela m'amène donc à me questionner : peut-on bien vivre l'acculturation si l'on vit avec deux cultures diamétralement opposées ? L'occident et l'orient sont-elles des cultures opposés ? L'acculturation est-elle possible ? Est-ce un clivage que de penser le contraire ?

- *Avez-vous vécu une expérience de soins significative ?*

Selon l'infirmière, « On est tutoyé d'emblée » par ceux qui ne maîtrisent pas la langue française. Qu'est ce que reflète le tutoiement dans la culture française ? Est-ce que le tutoiement peut être un frein à la construction d'une alliance thérapeutique ? Pour elle, les habitudes de vie des patients constituent des

expériences de soins significatives mais elles ne sont pas liées à la religion. En revanche, je me demande si les habitudes de vie ne sont pas propres à la culture du patient ?

« On a une culture psy en France » tandis que « dans la culture maghrébine, t'as pas vraiment de référent par rapport à la question de la maladie mentale » me dit la psychologue. En effet, comment aborde-t-on la maladie mentale avec les personnes maghrébines ? Elle illustre son point de vue par un exemple, elle parle d'un enfant qui a des parents maghrébins et qui souffre d'un « grand écart identitaire [...] il y a qui il est, sa pathologie et il y a ce que ses parents veulent qu'il soit », or ses parents ont « un déni total de sa maladie ». Cet enfant peut-il construire son identité sans qu'un désordre pathologique se crée en lui ? Lorsque les parents ne s'inscrivent pas dans le soin, l'enfant peut-il lui-même s'impliquer ? Je me demande alors qu'est ce qui fait que l'identité semble si difficile à construire lorsqu'elle est en appui sur les cultures française et maghrébine ? La psychologue pense que ce sont « des cultures quand même qui sont très opposées ». En quoi des cultures peuvent être opposées ? Lorsque les cultures sont opposées, elles sont également antagonistes ? Cela voudrait-il signifier que certaines cultures ne peuvent pas cohabiter ensemble ? Une culture peut-elle naître d'un mélange de deux cultures ?

La cadre de santé me parle d'abord d'une expérience significative avec les témoins de Jéhovah. Je ne comprends pas pourquoi elle me parle de cette croyance. Puis elle me parle des « turcs ils sont souvent très nombreux » lorsqu'ils viennent à l'hôpital voir leur proches. Pourquoi fait-elle cet amalgame ? Est-ce que c'est par ce que les maghrébins viennent souvent eux aussi, nombreux à l'hôpital ? Elle ajoute : « Il faut trouver les moyens de leur mettre à disposition une salle ou un endroit où ils puissent être, être ensemble ». On peut voir par cette phrase que cette soignante porte de l'intérêt à la culture de ces patients et elle essaye de trouver des moyens d'adaptation dans le contexte d'une chambre double ou si cela enfreint l'hygiène hospitalière.

Puis elle expose une autre situation de soin : « Sur les urgences par exemple, ça pouvait poser des questions sur les femmes maghrébines qui venaient, qu'on voulait soigner où le frère, le père, le mari voulait être présent pendant les soins. Mais ça

c'est une règle de l'hôpital hein, on fait sortir les gens et c'est pour tout le monde pareil. Et là justement ben c'est la laïcité, la religion a pas lieu de, d'être mis, d'être mis en avant. Ce n'est pas : Je suis son père, nous sommes musulmans, je dois participer [...] Il y a des femmes qui disaient : Non mais ça me gêne pas qu'il soit présent. Et à ce moment là, ben on disait : bon ben d'accord » De qui parle-t-elle des femmes maghrébines, des maghrébines musulmanes ou des musulmanes ? Je me demande également où est ce qu'il est écrit dans le règlement de l'hôpital que les patients ne peuvent pas être présents pendant les soins des proches. Peut être qu'il s'agit plutôt d'une règle transmise entre soignants oralement. Pour quelles raisons devons nous faire sortir les gens si nous pouvons aussi l'accepter?

Elle poursuit : « Faut comprendre [...] il y a des femmes heu musulmanes qui ont, qui aiment pas bien être examinées par un homme et elles préfèrent que leurs maris soient présents par exemple. Donc ça c'est leur demande pourquoi on n'accepterait pas cette demande ? On peut très bien accepter ça. » A nouveau je me demande alors pourquoi faire sortir les proches des patients d'une chambre ? « J'ai travaillé avec des médecins musulmans qui eux trouvaient certaines choses normales : que le mari soit présent et c'est moi qui rappelait la laïcité [...] eux aussi ils travaillent dans un milieu laïque, ils ne doivent pas faire valoir leur religion. ». J'ai des difficultés à comprendre son point de vue. Ce n'est pas laïc que le mari d'une patiente soit présent lorsque sa femme est malade ? Est-ce culturel ou religieux de vouloir être au côté d'une personne qu'on aime ? Y a-t-il vraiment que les musulmans ou les maghrébins qui souhaitent épauler leurs proches aux urgences?

- *Pensez-vous avoir comme soignant, un rôle et une mission dans la prise en soin des dimensions culturelles et spirituelles des patients ?*

« Ben disons que mon rôle il est auprès de ces personnes, comme il l'est auprès de toutes c'est-à-dire de, de me mettre du côté de leur singularité. Alors eux, pour certains leur singularité [...] va tenir aussi dans des aspects religieux et culturels [...]

c'est juste qui ils sont et si dans qui ils sont, il y a la religion et la culture, ce sera mon travail d'être de ce côté-là [...] Ben disons que, après si tu veux, il y a deux aspects. Moi je te parle vraiment de ma place de psychologue». Tout au long de l'entretien on peut distinguer ce statut de psychologue qui essaye de comprendre l'histoire des maghrébins et/ou des musulmans. Tandis que l'infirmière a tendance à s'inscrire dans la relation de soin, la cadre de santé dans son rôle de management et le médecin se positionne plutôt en tant que personne que par sa profession.

Elle poursuit « par exemple, les femmes qui refusent d'être examinées par des hommes [...] moi ma position c'est de me dire ben... elle refuse d'être examinée par un homme, bon, si à ce moment là, il y a une gynéco femme qui est disponible et que ça ne la dérange pas, ben tant mieux, tout le monde y trouvera son compte [...] si c'est possible, tant mieux. Mais si ce n'est pas possible, il faudra faire avec ou vous ferez le choix de ne pas le faire, vous irez voir ailleurs quoi. C'est-à-dire que oui, à un moment donné ben... il y a un compromis à trouver ». Si je comprends ce que veut dire la psychologue, la mission des soignants serait de s'adapter, lorsque les conditions le permettent, aux souhaits du patient et de trouver un compromis si les souhaits du patient ne sont pas réalisables.

L'infirmière semble rejoindre l'avis de la psychologue : « le seul rôle qu'on peut avoir c'est le respect quoi. Il faut adapter les soins mais heu en respectant les patients en fait. En fonction de cette religion [...] si ce dont ils veulent, ce dont ils ont besoin c'est cohérent avec les soins, même si c'est différent de ce que toi tu pratiques, si c'est heu... dans le bon sens moi ça me choque pas ».

Je rebondis sur cette adaptation aux soins en demandant à l'infirmière si cela est facile ? L'infirmière pense que « c'est peut être plus simple à domicile pour le coup [...]. Je sais pas comment dire ça, enfin heu. Faudrait peut être un exemple mais je heu vois pas, je l'ai pas la par ce que les gens que je peux côtoyer dans mon travail qui peuvent être musulmans ils fonctionnent on va dire heu de façon occidentale dans ce que j'ai à faire avec eux [...] ils ont une culture orientale sûrement. Mais ce que je veux dire c'est que dans la relation que j'ai avec eux, dans les soins que j'ai avec eux, ça correspond aux autres patients qui ne seraient pas musulmans [...] Juste ce qu'on peut voir quelque fois c'est, c'est une habitude de vie

qui est différente». En effet, en comparaison avec les soignants de l'hôpital, les infirmières libérales ne passent pas plusieurs heures consécutives avec leurs patients. Donc, à domicile, hormis par l'environnement (les décors et les vêtements), les soignants voient-ils autant la place de la religion ou de la culture dans la vie d'un patient ?

L'infirmière illustre une habitude de vie d'une patiente différente des siennes : « par exemple, une personne très malade, fiévreuse, heu... ben moi ça m'est arrivé de rencontrer des gens musulmans. Alors, ils ont des habitudes, ils se couvrent énormément par ce qu'en fait, c'est comme si le mal devait sortir par la transpiration tu vois. Enfin voila. Mais cette habitude de vie on peut la retrouver chez des gens âgés [...] C'est là où je trouve que ce n'est pas un problème de religion, c'est vraiment heu des façons de faire. Des, des croyances peut être aussi... Qui sont pas de l'ordre finalement, de l'ordre de la religion c'est plutôt des croyances ». Je me demande alors si une habitude de vie est propre à une culture ou propre à chacun ?

Pour le médecin, le rôle dans cette prise en compte est fondamental pour l'étape diagnostic notamment dans une pathologie psychosomatique : « Ca donne la véracité du symptôme enfin ça te donne la vraie définition du symptôme du patient. [...] c'est hyper important d'utiliser heu au moins sur le plan culturel. Sur les croyances bien entendu qu'il faut les connaître [...] et les spiritualités ce n'est pas religion, on est bien d'accord hein. Tu vois il faut jamais mélanger hein. [...] Et puis le seul truc tu vois qui, moi je pense est important, c'est la spiritualité. Est-ce qu'on a besoin de savoir s'ils sont croyants ou pas ? Non ». Si je saisis la nuance des termes, la spiritualité est une façon propre à chacun de pratiquer sa croyance, tandis que la religion est une pratique dictée. Mais je me demande en quoi est-ce important pour nous soignants, de savoir si le patient a une pratique spirituelle ou religieuse de ses croyances ?

Je m'interroge également sur ce lien entre pathologie et culture. Existe-t-il des pathologies culturelles ? Le médecin poursuit « Aujourd'hui, regarde la culture internet fait qu'il y aura de plus en plus de maladies d'addictions à internet, aux jeux, avec des jeunes qui dorment jamais, qui dorment une heure par ce qu'ils sont en réseau et qu'ils peuvent plus s'arrêter. C'est bien une culture ça, ça fait partie de la

culture». Ainsi nous venons à nous interroger mutuellement sur ce qu'est la culture. Pour lui la culture est composée « des traditions qui elles mêmes sont heu sont très mouvantes, changent avec le temps, l'environnement et le lieu».

Enfin, la cadre de santé déclare qu'elle a effectivement un rôle dans la prise en compte de ces dimensions. « On ne peut pas la nier. Les patients ils ont, dans leurs identités ils ont ça aussi. Donc on ne peut pas nier ça. Par contre heu mon rôle à moi, il est plutôt dans le sens heu je dois rappeler que c'est pour tout le monde pareil. Et heu oui je, je conçois et oui je dois être conciliateur et je dois faire en sorte que tout ça se passe bien ». Le point de vue de la cadre de santé est indéniable : elle est fidèle au laïcisme, elle ne fait pas de traitement de faveur qui que ce soit et qu'importe l'appartenance religieuse du patient.

Si elle ne nie pas ces dimensions, comment fait-elle pour les connaître ? « Je la cherche jamais spontanément cette appartenance religieuse. Vraiment je la cherche jamais, elle a de prime abord pas d'intérêt pour le soin. Heu et c'est quand je vois des réticences que je dis : Vous avez mal ? C'est le typique du soin. Vous avez mal ? Il y a quelque chose qui ne va pas ? Vous voulez un cachet ? Et souvent heu la discussion autour du soin au-delà que de lui-même, fait que c'est les gens qui amènent, eux [...] La religion c'est comme heu la tendance sexuelle, c'est comme heu ... De prime abord, en tant que soignante, ça ne m'intéresse pas. Le patient m'intéresse et moi je ne suis pas là pour heu d'emblée quand je le soigne, tout savoir sa vie. Donc après, je prends ce qu'il me donne et heu et s'il me donne pas sa religion, je ne vais pas la chercher spontanément. [...] Et je vais le chercher si, si j'ai vraiment quelque chose qui coince et qui fait que je me rends compte que j'arrive pas à soigner cette personne correctement ». La religion n'a-t-elle vraiment aucun intérêt dans le soin ? Les réticences sont-elles toujours liées à des convictions religieuses ? Tout au long de mes entretiens et notamment à ce moment, j'ai la sensation que la religion est seulement perçue par les soignants comme une origine possible de réticences ou d'obstacles aux soins. La religion pourrait-elle avoir un impact positif dans les soins ? Les soignants voient-ils la religion comme une composante négative ?

- *De votre point de vue, quel impact la prise en compte de la religion et de la culture peut-il avoir dans les soins ?*

La cadre de santé souligne la pertinence de la prise en compte de ces dimensions : « Si on n'offense pas les gens dans leurs pensées, on est plus pertinents. Mais par contre [...] il y a des fois où on peut les offenser par ce que, on peut les offenser sans le vouloir par ce que on connaît pas, ou alors on peut les offenser heu par ce qu'il y a pas d'autres moyens que de, que d'aller contre leurs idées. Après heu c'est, c'est important parce que c'est toujours un plus de connaître l'autre. Mais il faut quand même savoir relativiser : est ce que j'ai toujours besoin de savoir tout de l'autre ? Chacun a besoin d'avoir un peu ses secrets. Moi je dois rentrer là dedans en tant qu'infirmière, ou en tant que cadre qu'au moment où ça me pose un problème et où ça pose un conflit. » Si j'entends ce que me dit cette personne, la prise en compte de la religion et de la culture peuvent rendre les soignants plus pertinents puisqu'ils n'offensent pas les convictions des patients par méconnaissance. De quelle méconnaissance parle-t-elle : la méconnaissance de la culture et/ou de la religion du patient ou de la méconnaissance d'une culture et/ou religion en particulier ? (Exemple : Ne pas savoir que Mr X est musulman ou ne pas connaître les rites religieux musulmans ?). En revanche, elle soulève une question : la prise en compte de ces dimensions peut-elle être ressentie comme intrusive dans la vie des patients ? Serait-ce un obstacle à l'élaboration d'une alliance thérapeutique ? Je pense à la balance bénéfice/risque : faut-il s'informer de ces dimensions au risque de paraître intrusif aux yeux du patient et au bénéfice d'anticiper les obstacles aux soins ? Ou alors faut-il attendre un éventuel « conflit » au risque de rompre l'alliance thérapeutique et au bénéfice d'avoir préserver l'intimité du patient ?

Elle poursuit : « C'est un plus, c'est un plus, ça évite les gaffes, ça peut dans les soins expliquer les réticences à des soins, le refus de soin, les choses comme ça. Mais spontanément, je ne pense pas qu'il faut, il ne faut pas aller le chercher. Moi je me rappelle des quatorze besoins de Virginia Henderson où on disait la religion, tout ça. Quelque part, j'ai fais comme tous les étudiants, je l'ai posée la question mais

après en tant que soignant est ce que, est ce qu'elle a la priorité ? Non. Elle a pas la priorité cette question et cette, le fait de connaître la religion ou la culture n'a pas une priorité. Elle, elle, cette chose là apparaît quand, quand on sent qu'il y a des freins entre le soignant et le patient. Et là on se doit d'aller chercher un petit peu plus loin. Et de, et alors à ce moment là, connaître la religion et la culture, peut nous apporter beaucoup pour lever les, les freins au soin, ou pour expliquer les soins et pour les comprendre ». Les questionnements au sujet de la culture et de la religion n'appartiennent donc qu'aux étudiants? Pourquoi ce n'est plus une priorité pour les soignants ? Si « ca évite les gaffe » pourquoi ne pas prendre en compte ces dimensions ? Peut-on prendre en compte les dimensions culturelles et religieuses sans rechercher spontanément l'appartenance culturelle et religieuse ? Les dimensions culturelle et religieuse sont prioritaires uniquement lorsqu'il y a un problème relatif à cela ?

Pour la psychologue, cette prise en compte semble être bénéfique pour les patients : « Je trouverais ça heu bénéfique quoi. Enfin... Mais pour eux comme pour les autres. Tu vois, c'est-à-dire que, par exemple, en maternité heu, en maternité quand on accompagne les femmes étrangères, on s'appuie quand même vachement sur heu leurs cultures et c'est super [...] les femmes de l'est ont beaucoup, beaucoup gardées la tradition de langer le bébé heu à la naissance. Nous c'est un truc qu'on ne fait plus en France. [...] et elles ça leur parlent, c'est ce qu'elles ont vécu petites, c'est comme ça qu'on leur a transmit la maternité, ça fait partie d'être mère. Et je vois pas pourquoi et de quelle place, on leur dirait de ne pas faire ça, tu vois ? » Se pose alors la question suivante : peut-on tout permettre aux patients ? En s'appuyant sur son exemple, l'emballage d'un bébé est pour ceux qui le pratiquent, le gage d'un meilleur sommeil du bébé tandis que pour les soignants, il représente un risque d'atteinte aux articulations de la hanche. Ainsi, qui a tort ou raison ? La culture soignante est-elle compatible à la culture des patients ? Doit-on inclure la prise en compte de ces dimensions dans le champ de l'éthique ?

« Après je pense qu'il ne faut pas confondre, je pense que faut pas, faut pas confondre la culture arabe, la culture maghrébine et la religion musulmane [...] la culture c'est la façon d'organiser la vie ensemble. Tu vois, tout ce qui va rentrer dans les rites, dans les habitudes, dans... voila dans la manière qu'à un peuple, une

société, de vivre ensemble et qui s'organise pour ça quoi [...] La religion, c'est une croyance avec des dogmes très particuliers ». La culture vue par la psychologue, me fait penser aux questionnements que j'ai eus, suite à l'entretien avec l'infirmière : les habitudes font-elles parties de la culture ?

« A mon sens, ça n'a pas, ça n'a pas vraiment un impact. Par contre, ça demande aux soignants d'avoir une capacité d'adaptation un peu plus importante (prend un exemple d'une patiente turque) [...] Enfin oui, ça a un impact si tu veux quelque part par ce que du coup, ça modifie un peu ton fonctionnement dans les soins, par ce que ça demande de refaire peut être plus voila. Mais heu. Oui peut être au final, tu vois j'y avais pas pensé. Peut être que oui ça peut avoir un impact » me dit l'infirmière. Donc, l'impact de la prise en compte de ces dimensions serait une adaptation des soins. Ainsi, je rebondis en lui demandant qui doit s'adapter à qui ? « C'est un bon compromis pour que tout se passe bien. C'est-à-dire que si chacun y met un petit peu du sien, je pense que heu on arrive à faire des choses bien quoi. Par ce que si les efforts sont faits que d'un côté du coup heu on ne marche pas ensemble quoi, on ne va pas dans le même sens ». La prise en compte des dimensions culturelle et religieuse dans les soins repose-t-elle sur une collaboration patient-soignant ? Ce « compromis » est-il la fondation de l'alliance thérapeutique ?

- *Selon vous, les soignants prennent-ils en compte de manière satisfaisante, le besoin de spiritualité des patients ?*

Toutes les personnes interrogées pensent que le besoin de spiritualité n'est pas pris en compte de manière satisfaisante. « Non. Non, non surement pas.

Surement pas. Et puis en plus, c'est confronté avec tout ce qu'il se passe en ce moment, au niveau du monde. Mais, où tout le monde, personne ne comprend forcément tout et tout ça. Donc c'est confronté à ça. C'est confronté à l'individu, à l'identité de chacun donc non. On a surement des progrès à faire» dit la cadre de santé. Serait-ce infirmier-dépendant ? Pourtant, la différence ne doit-elle pas amener le soignant à découvrir la part de merveille présente en chaque individu ⁸²? Aucun protocole n'est conçu pour la relation de soin comme pour un soin technique. Le soignant doit-il travailler avec ses émotions personnelles ?

La prise en compte des dimensions culturelles et religieuses semblent être perçues comme des sources de problème sur le terrain, pourquoi ? « En tout cas, moi sur heu, sur, sur mes années de travail, ça jamais été des gros conflits qui allaient au clash. Heu on a toujours pu discuter ou comprendre et, et arriver à en parler et puis voilà. Et puis il y a des fois où on n'a pas eu besoin de mêler la religion à ça par ce que, par ce qu'il y en avait pas besoin. Il ne faut pas mêler la religion à tout non plus hein. Il faut des fois vivre simplement et on est des êtres humains donc on peut très bien avoir des amis musulmans, des amis bouddhistes, des amis chrétiens et ne pas avoir de religion ; et ça se passe bien ! On n'est pas obligé de toujours mêler la religion à tout. Après c'est sur que, elle est propre à chacun, les croyances mais il y a pas que la religion. Il y a la culture. On peut avoir des choses qui sont ancrées en nous et qui sont bloquantes comme une religion.». Prendre en compte le besoin de spiritualité d'un patient sous entendrait de tout mêler à la religion ? La prise en compte du besoin de spiritualité est-elle perçue comme une prise en charge axée autour de ce besoin ? Ne peut-on pas prendre soin d'une personne tout en prenant compte de son besoin de spiritualité ? Lors de l'entretien, je rebondis sur ses réponses et je lui demande si la culture soignante ne va pas à l'encontre des autres cultures. Elle me répond : « Ben la culture soignante effectivement par ce que nous on est assez... invasifs hein c'est comme ça, ce n'est pas autrement et c'est, c'est quelque chose qui était moins ancré avant et heu et si on n'a pas réfléchi à la question en évoluant, ou si on travaille avec des médecins

⁸² WALTER HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, édition Masson, 1997, 195 pages.

très anciens qui disent : c'est comme si, comme ça... Ca peut se confronter. » Si je comprends et que je reformule la réponse de la cadre de santé : la culture soignante peut s'opposer aux autres cultures lorsqu'on impose des soins, lorsqu'on n'a pas réfléchi aux besoins spirituels des patients ou lorsqu'on travaille avec des médecins anciens et qui restent sur leurs avis. Lorsqu'on impose des soins sommes nous soignants ou sommes nous bourreaux ? Elle exprime ensuite qu'il se peut que certains soignants n'aient jamais réfléchis à tout cela. Cette réponse est hélas aussi réelle que saugrenue. L'analyse de sa propre pratique professionnelle est-elle ancrée dans la culture soignante ? Malgré la singularité de chaque patient, peut-on soigner par automatisme ? Cette non-réflexion est-elle involontaire ou les soignants censurent-ils ce sujet sociétal tabou ? Enfin, la cadre de santé me dit que si l'on travaille avec « des médecins très anciens », la culture soignante peut se confronter à la culture du patient. Le médecin serait-il le seul responsable de cette confrontation ? La culture soignante est représentée par un médecin ou par un ensemble de professionnels ? Paradoxalement, elle déclare que la culture soignante est invasive et imposante. Selon elle, c'était moins ancré avant. Je me demande avant quoi ? De même, aujourd'hui, les soignants se sentiraient-ils tout puissants au point de ne pas considérer les croyances de leurs patients ?

A l'issue de cette conversation, j'ai l'impression que la culture ou la religion pose problème dans les soins. Je demande alors à la cadre de santé, laquelle de ces dimensions pose le plus de difficultés. Voici sa réponse : « Ben plutôt culturel dans le sens où il faut définir le mot culture et savoir ce que c'est la culture. Et dans le sens culturel, plutôt dans le sens de : ce n'est pas dans mes habitudes. C'est pas dans mes habitudes ou heu chez moi je n'ai pas, on ne fait pas ça, donc heu des habitudes culturelles. En terme de religion heu, ici là... Non, non j'ai pas vraiment l'impression ». Selon cette cadre de santé, la culture peut créer plus d'obstacles aux soins. Comme l'infirmière, la cadre de santé inclut les habitudes dans la culture. Il y a donc deux professionnelles de santé qui mettent en évidence un fait : les habitudes de vie peuvent engendrer des difficultés dans les soins. Or, en lien avec mes concepts, je me demande si la culture soignante n'est pas elle-même ethnocentrique ? Pourquoi les soignants ont-ils tant de difficultés à se décaler de la norme ? Et en effet, je vois que les habitudes de vie peuvent remettre en question

toute l'importance des soins. Par exemple, une infirmière prône la nécessité d'une toilette quotidiennement. Tandis que pour un patient de culture française âgé de 90 ans, se laver une fois par semaine est amplement suffisant. Qui a tort, qui a raison ? Qui est dans la norme, l'infirmière ou le patient ? Peut-être que les soignants sont ethnocentriques, peut-être que les soignants manquent d'analyse de leurs pratiques ou peut-être que leurs capacités d'adaptation ne sont pas accrues ? Finalement, est-ce la culture des patients ou la culture des soignants qui pose problème dans les soins ?

Enfin, la cadre de santé émet quelques pistes de conduites à tenir face à un patient différent de soi, soignant : « Quand on est soignant, la tolérance c'est indispensable. Par ce que sinon tu ne soignerais pas la plupart des gens que tu as en face de toi. Après que tu aies besoin de dire à un moment : « C'est dur pour moi de soigner cette personne par ce que, par ce que j'y arrive pas, je ne comprends pas. Et puis avec ses... Là, regarde il fait sa prière mais ça me soule moi, j'ai sa prise de sang à faire et il est en train de faire sa prière, moi je ne peux pas le déranger. » T'as le droit de le penser, t'as le droit même de le partager et tout ça mais tu ne dois pas t'arrêter la, ce n'est pas ton rôle. Tu peux le faire ressortir mais après il ne faut pas que tu restes la dessus. Il faut réfléchir en disant : « Après tout est ce que c'est important ? ». Par ce que moi, j'ai décidé qu'à cette heure-ci, je lui faisais sa prise de sang, que je ne respecte pas ce qu'il est en train de faire. Qu'est ce qui est le plus important ? Si, si moi j'ai un autre moyen de faire, je repasserais dans sa chambre plus tard, sa prière sera finie, j'aurais qu'à faire ma prise de sang. Je l'aurais faite avant, dans, dans le créneau horaire [...] Il faut faire du gagnant-gagnant [...] c'est : ben en fait, j'aurais finis mes prises de sang à 8h, il aura fait sa prière, il sera content et moi je serais aussi contente. C'est gagnant-gagnant. Si je dis : « Ecoutez Monsieur, ça suffit, vous arrêtez votre prière, je fais ma prise de sang ». Je fais ma prise de sang, je suis contente. Mais pas le patient, j'ai interrompu sa prière. Tout le matin il va faire la tête ou il va refuser des soins, ou après quand je vais revenir, il ne va pas me parler, il sera impoli, il va dire que je suis une tête de mule et tout ça. Ca c'est un gagnant-perdant. Moi je suis forte, j'ai gagné et il a perdu. Après il y a l'information, tu peux dire : « Ah bonjour, ah j'avais votre prise de sang à vous faire mais je vois que vous êtes en train de faire votre prière donc je

reviendrais, je reviendrais plus tard ». Le patient, il n'a pas l'impression d'être gagnant et que tu as perdu toi. T'as simplement exprimé le truc. Et si le patient se roule par terre en disant : (Tape le poing sur la table) « Je ferais ma prière ! ». Et puis toi tu restes sur « Je veux faire ma prise de sang ! ». Si à la fin tu sors, et tu dis : « Ben écoutez, faites votre prière, moi j'en ai rien à fouttre, je ferais ma prise de sang plus tard ». Le patient aura gagné, toi tu auras perdu. Mais... quel intérêt ? L'intérêt il est dans le gagnant-gagnant ». Ainsi, par la théorie du « gagnant-gagnant » les soignants prendraient-ils en compte de manière satisfaisante, le besoin de spiritualité des patients ? La théorie « gagnant-gagnant » est-elle une méthode de travail qui lie à la fois adaptation et analyse de sa pratique ? Quoi qu'il en soit, le « gagnant-gagnant » me renvoie à la conception de l'alliance thérapeutique par Bordin : elle doit être fondée sur une collaboration réciproque dans un intérêt commun. Par conséquent, la prise en compte satisfaisante du besoin spirituel est-elle liée à l'alliance thérapeutique ? Or, l'alliance thérapeutique se crée et peut prendre du temps. La prise en compte satisfaisante de ce besoin est-elle compatible pour les soignants qui travaillent dans des services de court séjour ? L'alliance thérapeutique est-elle possible uniquement avec les patients des services de long séjour ?

L'avis de l'infirmière : « Ben c'est respecté comme ça heu on va dire au quotidien. Après, heu, dans notre cas, oui. Par ce que fff, heu en libéral on va chez eux quand même donc heu on ne peut pas tout se permettre quoi. [...] Moi j'ai trouvé qu'en milieu hospitalier c'était, c'était plutôt heu, c'était plutôt une contrainte pour les soignants. [...] j'ai senti que des fois dans le milieu hospitalier ce n'était pas bien compris, oui. ». Qu'est ce qui fait que les soignants hospitaliers pourraient percevoir la spiritualité des patients comme une contrainte ? Elle illustre son point de vue par un exemple d'une patiente musulmane : « toute la famille vient, du coup on se retrouve à... on peut se retrouver à quinze dans une chambre et la alors, enfin, apparemment ça les insupporte ». L'hygiène hospitalière et le risque d'infections nosocomiales emprunts de la culture soignante se trouvent-ils en péril face aux retrouvailles et au soutien d'une famille nombreuse de religion musulmane ? Cet

exemple serait-il le témoin d'une pratique « monochrone »⁸³ de la part des soignants français ? L'infirmière parle de soignants qui ne « comprenaient pas » et qui n'ouvraient pas le dialogue avec les patients sur leurs incompréhensions. La compréhension est-elle un travail de représentations ou de connaissances ? Pourquoi les soignants restent-ils avec des questions en suspend ? Un soignant qui ne comprend pas la culture ou la religion d'un patient peut-il s'inscrire dans une alliance thérapeutique ?

Voici ce que pense la psychologue : « Non, non pas du tout. Mais heu dans le soin comme ailleurs. C'est-à-dire que je pense que la spiritualité, tout le monde s'en fout en fait. Enfin je pense que c'est plus du tout à l'ordre du jour pour plein de personnes. Tu vas avoir quoi, les équipes de soins palliatifs qui vont s'y intéresser par ce qu'on va se dire : Oulala la mort approche, il serait temps d'aller penser à l'au-delà [...] Mais dans le milieu soignant vraiment comme dans tous les milieux voilà je pense que la spiritualité c'est quelque chose qui a quitté notre culture, qui appartient aux gens à titre intime, individuel et tout ça. T'as plein de gens qui nourrissent une vie spirituelle mais heu ça n'appartient plus du tout au domaine public ». D'où vient ce désintérêt pour la spiritualité ? La spiritualité n'est elle plus d'actualité ou la spiritualité est-elle simplement propre aux morts ? Est-ce que le fait que les soignants prennent en compte le besoin de spiritualité du patient, rend ce besoin public ? C'est le deuxième entretien suite auquel je me demande si la prise en compte de ce besoin est intrusive dans la vie des patients ? Dans ce cas, comment ne pas être intrusif ? La psychologue me donne une piste de réflexion : « prendre en compte, je ne sais pas trop ce que ça voudrait dire, tu vois, je ne sais pas... Mais heu (Court silence) En fait, juste prendre en compte, les personnes telles quelles

⁸³ GENEVIEVE PERENNOU, *La démarche qualité en maison de retraite, un choc culturel*, Revue Soins gériatriques n°27, page 36 à 39, janvier/ février 2001.

Le système « monochrone » repose autour du respect de la programmation des tâches, de leurs modalités de réalisation ainsi que de leurs horaires. L'objectif de ce système est une atteinte rapide des buts sans écarts possibles. Cependant ce système présente comme inconvénients une difficulté à s'adapter à des situations imprévues. Le système « polychrone » repose autour de règles variant en fonction des lieux et des moments.

sont quoi et comme une partie possible d'avis [...] Je pense que si c'est quelque chose qui compte pour lui, ça doit être quelque chose qui compte pour nous ». Peut être que comme le disait la cadre de santé, il ne faut pas « rechercher spontanément » l'identité culturelle et/ou religieuse du patient. En revanche, il ne s'agit peut être pas de prendre en compte ce besoin uniquement lorsqu'il y a un problème dans les soins mais dès lors que cela est important pour le patient. Mais ce qui est important aux yeux des patients est-il toujours compatible aux soins ? Il ne s'agit pas d'un cercle vertueux mais de savoir ce que l'on peut ou non accepter dans les soins. Ce savoir s'obtient-il uniquement par la connaissance ?

- *Dernières questions : Avez-vous suivi une formation qui vous aide dans l'accompagnement des personnes de culture maghrébine et/ou de religion musulmane ? Avez-vous connaissance de la compétence interculturelle ?*

La psychologue a en effet eu une formation : « ma dernière année de diplôme, elle est en psychologie interculturelle. Enfin j'ai fait mon mémoire là-dessus⁸⁴ [...] dans mon domaine de la psychologie, l'inter culturalité tu l'entends comme une position éthique en fait où tu rencontres quelqu'un dans tout ce qu'il est, dans toutes ses singularités, dans toutes ses particularités et dont la culture, la culture va bien sûr et le rapport qu'il a avec sa culture ou ses cultures [...] il y a quand même un autre aspect qui est le fait que c'est important de prendre du recul et de se dire que nous aussi, on soigne, on pense, on juge en fonction de notre culture et de notre passé judéo chrétien aussi. Et on le fait toujours de cette place là. Et que c'est bien des fois de se décaler, de regarder les choses autrement, de voyager un peu quoi. De... de se dire que nous ce n'est pas mieux que les autres quoi ». En lien avec mes concepts et les propos de la psychologue, je me demande alors si on peut être soignant tout en étant ethnocentrique ? Ainsi, la connaissance fondamentale pour la prise en charge des patients de culture et/ou de religion différentes par un(e) infirmier(e) serait-elle la capacité de se « déculture » ?

Je rebondis sur son mémoire, elle me présente l'essentiel : « je travaillais quand même essentiellement sur la troisième voir la quatrième génération qui était née et qui avait grandi en France et tout ça, qui pour autant avait quand même beaucoup de difficultés à pouvoir se dire, se sentir Français. Et heu tu vois, qui cherchait vraiment des... des appuis identitaires mais un peu de manière anarchique quoi, la où ça peut, où ils pouvaient trouver [...] je pense que vraiment si tu veux la... la différence fondamentale elle est entre les garçons et les filles. Et entre le fait quand même que... Tu vois quand tu nais garçon dans la culture maghrébine, heu c'est un peu comme si tu naissais... entre guillemets roi, enfin tu as quelque chose qui t'es dû dès le départ heu une forme de vénération voila, juste par ce que tu es un

⁸⁴ « J'ai fait ma dernière recherche en effet, sur la place de la femme dans les cultures maghrébines aujourd'hui ». Dixit la psychologue.

homme quoi. Donc ces mecs là, ils grandissent un peu dans cette culture familiale quand même, qui reste très présente. Le problème c'est qu'ils se retrouvent dans une culture française où que tu sois fille ou garçon, ça t'attribue pas des choses particulières et où en gros ils arrivent à l'école. Et à l'école, on leur dit : Mais mon grand, que tu sois un garçon, on en a rien à faire, tu travailles comme, comme tout le monde. Et je pense que, comment dire, ce surinvestissement narcissique au sein de la culture familiale et ce manque de, au contraire de... Ben voilà, nous on ne donne pas des choses à des garçons par ce que c'est des garçons quoi. Je pense que c'est compliqué quand même pour eux. Et du coup, ils vont beaucoup chercher la reconnaissance dans... La valorisation, le sentiment narcissique, ils vont beaucoup le chercher dans d'autres, d'autres phénomènes de groupe, dans d'autres choses.

Alors que les filles, heu... qui elles quand même étaient plutôt vouées heu qui elles plutôt au sein de la famille sont quand même, beaucoup du côté des tâches ménagères heu enfin, voilà c'est... voilà, c'est à part se marier et avoir des enfants, voilà il y a, c'est différent, ce n'est pas... Alors elles, dès qu'elles sont à l'école par contre, ben elles y voient leurs cartes de sortie, elles y voient heu leurs, leurs chances de devenir qui elles ont envie de devenir, heu enfin et heu. Et les filles s'en sortent beaucoup mieux ». Ce récit m'a apporté un regard psychologique sur cette troisième génération, j'ai trouvé cela très intéressant. Nous avons ensuite abordé la compétence interculturelle.

« C'est la capacité, pour moi, de se décaler de sa propre culture. De se décaler de sa propre culture pour regarder celle de l'autre avec un, avec des yeux d'enfants un peu. C'est-à-dire avec des yeux de : expliques moi qui tu es quoi. Pour tout te dire, la phrase que j'adore par-dessus tout c'est : « Notre véritable lieu de naissance est celui où pour la première fois, nous posons sur nous un regard d'étranger. » Ca je pense que c'est le jour où tu peux poser sur toi-même et sur ta culture, un regard d'étranger que tu peux être dans une, une optique interculturelle. C'est-à-dire, le jour où tu vas pouvoir regarder ta culture aussi bizarrement que tu vas regarder celle de l'autre ». La compétence est-elle alors de l'ordre professionnel ou personnel ? La compétence interculturelle relève-t-elle de la naïveté ou de l'ouverture d'esprit ?

De cette réflexion, la psychologue élabore une critique de sa propre culture : « on est à Montbrison, donc laisse tomber on n'est pas à New York quoi. (Rires). Non mais c'est vrai quoi, quand tu vois que tu es confronté à, à l'étranger tout le temps, à la fin ça fait partie du familier justement alors que nous, c'est... wouh un étranger. (Rires). On est quand même dans un milieu rural hein, il ne faut pas se leurrer hein. Ca n'arrive pas si souvent que ça. Mais (Court silence). Ben ouais c'est vrai que c'est là que tu te dis quand même que ça aiderait qu'il puisse avoir heu soit des formations soit des, je ne sais pas des discussions, des gens qui aident à se décaler un peu à se dire : ben ouais, toi tu l'as jamais fais de ta vie, c'est normal, c'est bizarre, c'est différent, t'y regardes, tu trouves ça... voila [...] dans ta culture, il y a des choses qui sont bien aussi bizarres que dans celles des autres quoi. Sauf que toi, tu les vois pas par ce que tu es né dedans. Tu vois mais je veux dire en soi, je ne sais pas, je ne sais pas, par exemple ce qui est le plus fou si c'est de poser sa tente devant le magasin d'Apple pour avoir le dernier Iphone, c'est signe de meilleure santé psychique ».

Je lui demande alors quel type de formation faudrait-il ? Elle me parle d'une formation qu'elle a suivie : sexualité et inter culturalité : « C'était sur 3-4 jours. Ben si tu veux, c'est, ça t'apporte déjà un bagage théorique [...] c'est des analyses de cas, des questions éthiques heu, des débats entre personnes qui vont avoir des points de vue différents heu. Enfin, voila une, une manière de maintenir une pensée surtout la dessus. Je pense que déjà quand tu peux penser dessus, je pense que déjà c'est énorme quoi [...] c'est-à-dire que tu vois, ton exemple en pédiatrie. Je pense que ce n'est pas la même chose si une équipe va se dire heu ben tiens c'est, ça nous interroge, qu'est ce qu'on, qu'est ce qu'on en fait ? Toi tu connais, moi je ne connais pas. Tu peux m'expliquer à quoi ça correspond la circoncision ? Voila j'aimerais réfléchir, voila c'est un acte culturel, c'est un acte religieux, c'est juste un acte barbare enfin j'aimerais pouvoir réfléchir la dessus. C'est pas pareil que, une équipe qui va, tu vois juste dire que c'est des sauvages, qui sont en retard heu, et qui vont être dans le jugement tout de suite et où il se passera rien d'autre si ce n'est qu'un peu de curiosité pour voir à quoi ça ressemble une circoncision, quoi. Et pour l'intervention enfin ». Ma question de recherche étudie la méconnaissance des soignants sur la culture maghrébine et/ou la religion musulmane. La connaissance

peut débiter par des apports théoriques que la plupart des infirmier(e)s obtiennent à l'IFSI mais devrait-elle se poursuivre en tant qu'infirmier(e)s diplômé(e)s par des débats et des échanges en équipe ? De même, les capacités de non jugement initiées à l'IFSI sont-elles délaissées lors de la pratique infirmière ?

Je me suis également questionné sur les formations interculturelles qui dans un sens mettaient d'emblée l'autre comme différent. Alors je me suis dit que ça pouvait être péjoratif. Et la psychologue m'a fait voir le concept de différence d'un autre œil : « A ben c'est tout sauf péjoratif. Pour moi, c'est un mot primordial, hyper important quoi. Tu vois il y a rien de pire, pour moi, que l'homogénéité et tous vouloir nous réduire à tous les mêmes. Ca c'est les camps de concentration. C'est la pensée concentrationnaire : tous les mêmes. Alors que non la différence, c'est noble quoi, c'est... enrichissant ». Avec cette pensée, j'arrive à sortir du cercle vertigineux que je m'étais imaginé : manquer de connaissance sur la culture et la religion et avoir la volonté de ne pas être ethnocentrique → se former → mettre l'autre comme différent de soi, de sa culture donc être ethnocentrique. De plus, je réalise qu'une formation peut passer par la présentation de toutes les cultures donc moi-même je suis amenée à être l'autre, à être celle qui est différente et ce n'est pas forcément péjoratif.

Quant au médecin, il n'a pas suivi de formation et il ne connaît pas la compétence inter culturelle, il fait le lien sur les traducteurs mis en place dans son hôpital pour les patients qui ne parlent pas français.

De même l'infirmière n'a pas eu de formation ni même à l'IFSI. Je lui demande alors si elle en ressent le besoin : « Ben j'en ressens pas le besoin dans, dans mon métier de tous les jours en ce moment. Après heu, je pense que ça dépend, heu voilà, par exemple, quand on est confrontés par exemple, à la mort. Heu, ça oui, ça par exemple ça pourrait être intéressant par ce que le fonctionnement de telle ou telle religion est différent. Et ça oui. Alors, non ça ce n'est pas trouvé mais je pense que ça, ce sera justement intéressant peut être que, peut être qu'il faut que j'approfondisse ça. Par ce que je peux être confrontée à un décès dans une famille musulmane par exemple et c'est vrai que heu je si je devais réagir face à la mort, je réagis avec mes propres convictions religieuses, qui sont pas forcément les leur,

voir même pas du tout d'ailleurs. Et je serais sûrement à côté de la plaque la tu vois. Bon par ce que ça s'est pas trouvé mais oui, ça je pense que ça pourrait être pas mal. Par ce que c'est la je pense où la religion prend tout son, tout son acte, tu vois enfin. La mort c'est un truc voila, c'est, c'est religieux quand même... au bout d'un moment. Il y a, il y a tout un rituel autour de la mort qui fait que la religion intervient plus à ce moment là. Plus que dans les soins, à mon sens ». A domicile, les infirmières voient-elles les rites religieux uniquement à la mort de leurs patients ? Cela me fait penser aux propos de la psychologue qui relevait la préoccupation des soignants du besoin spirituel de leurs patients uniquement au moment des soins palliatifs. Qu'est ce qui fait que les soignants ne songent pas à ce besoin dans d'autres types de soins ? Offusquer les patients au sujet de leurs culture/religion est un fait amoindri lorsqu'ils ne vont pas décéder ? Aujourd'hui, en 2015, peut-être que les gens pratiquent leurs religions au sommet de leurs vulnérabilité soit en fin de vie ? En revanche, si la religion est moins bien perçue, la culture et les pratiques culturelles ne sont-elles pas quotidiennes ?

L'infirmière ne connaît pas la compétence inter culturelle et elle ajoute : «à Montbrison, on est peut être moins demandeurs de ce genre de choses par ce que heu peut être qu'aussi enfin le nombre d'étrangers fait que heu il y en a pas non plus énormément. Enfin, bien sûr il y en a de partout et c'est normal au contraire mais (Sonnerie de téléphone) il y a peut être des endroits où c'est plus nécessaire tu vois, du coup. Cette compétence, peut être quand tu travailles à l'hôpital dans une grande ville heu, enfin tu vois, je ne sais pas. Peut être que je me trompe ». Lors de la première question, elle estimait la fréquence de prise en charge des patients de culture maghrébine et/ou de religion musulmane à plusieurs fois par semaine. A cette fréquence là, la nécessité d'une compétence soignante inter culturelle ne serait-elle pas nécessaire ? A partir de quelle fréquence les soignants devraient-ils s'investir ? L'investigation dans cette compétence dépend-t-elle de la fréquence de prise en charge ou de la prise en charge d'un patient dans sa singularité ?

Enfin, la cadre de santé répond : « il me semble qu'on en a parlé à l'IFSI. Quand j'ai fais mes études d'infirmière, on avait des, des trucs qui nous parlait un petit peu des différentes religions et puis des freins que ça pouvait nous poser. Je me rappelle d'avoir fait, en fin de troisième année, j'avais dû faire un module par

rapport à ça et on en avait discuté. Ca j'avais eu ça. Et puis après heu non c'est une volonté personnelle par ce que moi j'ai fais mon mémoire de cadre sur l'interculturalité et heu le management des cultures différentes ».

Pour conclure, elle connaît la compétence interculturelle et m'a défini ce que c'est pour elle : « Oui ben l'interculturalité en fait c'est le, c'est le fait de travailler confronté à d'autres cultures ou à, ou de partager des cultures avec heu, dans une équipe infirmière ou heu ben l'interculturalité c'est aussi heu faire vivre en fait heu, les cultures [...] la compétence sur l'interculturalité, pour moi, c'est la tolérance et l'ouverture à l'autre ».

Afin de rassembler l'ensemble des données de l'analyse des entretiens, je vais élaborer une synthèse dans la partie suivante.

7. La synthèse

Les quatre professionnels de santé interrogés exercent tous dans le même périmètre soit le département de la Loire. Ils ont tous pris en charge des patients de culture maghrébine et/ou de religion musulmane. En revanche, la notion de fréquence reste subjective et propre à chacun d'entre eux. J'en ai déduit que cette prise en charge n'était pas exceptionnelle et j'ai également pu constater de nombreux amalgames avec d'autres cultures ou religions. Tout au long des entretiens on peut distinguer les différents statuts. La psychologue essaye de comprendre l'histoire des maghrébins et/ou des musulmans. Tandis que l'infirmière a tendance à s'inscrire dans la relation de soin, la cadre de santé dans son rôle de management et le médecin se positionne plutôt en tant que personne que par sa profession.

Quant aux représentations des patients maghrébins et/ou musulmans, les soignants expriment d'emblée, le fait qu'ils soignent un patient quelles que soient son origine et ses croyances. Ensuite chacun élabore sa vision et ses expériences de cette culture et de cette religion. L'infirmière introduit la notion d'adaptation, elle parle des habitudes de vie et du tutoiement. La cadre de santé parle de laïcité et de sa façon de négocier le contexte de soins. Le médecin aborde la différence entre religion et spiritualité, les souvenirs de sa propre origine maghrébine et les français qui ont fait la guerre d'Algérie. Enfin, la psychologue distingue les différentes générations maghrébines avec le parcours migratoire de la première génération et les potentiels troubles identitaires de leurs descendants. Elle exprime également les difficultés de soin en psychiatrie.

L'infirmière et la psychologue s'accordent sur le fait que leur rôle est de s'adapter à la culture et/ou la religion du patient. Le médecin et la cadre de santé pensent tous deux, que leur rôle est la prise en compte de cette dimension. Pour le médecin, cela peut apporter un meilleur diagnostic. Selon lui, l'expression d'un symptôme peut être culturelle, par exemple : la douleur. Pour la cadre, cela permet

de la pertinence dans les soins et de résoudre des refus de soin tout en rappelant la laïcité de l'établissement.

Toutes les personnes interrogées pensent que le besoin de spiritualité n'est pas pris en compte de manière satisfaisante. Selon la cadre, ce serait lié à l'actualité, aux pensées de chacun et au manque de réflexion des soignants. Elle suggère d'être tolérant, d'échanger entre collègues et d'aborder la relation de soin sur la théorie du gagnant-gagnant. L'infirmière pense qu'à domicile, les soignants respectent plus le besoin de spiritualité que dans un hôpital. Elle relève une incompréhension de la part des soignants et un manque de communication soignant-soigné. Pour la psychologue il s'agit d'une culture soignante peut ouverte à ce besoin hormis dans les soins palliatifs et ce serait un contexte sociétaire où la spiritualité devient un sujet intime.

Deux personnes interrogées ont suivi une formation sur la culture et/ou la religion et connaissent la compétence interculturelle. D'ailleurs la psychologue a fait son mémoire sur la place de la femme dans les cultures maghrébines aujourd'hui. Quant à la cadre de santé elle a fait un mémoire sur le management d'une équipe composée de soignants de cultures différentes. Le médecin et l'infirmière n'ont pas eu de formation et ne connaissent pas la compétence interculturelle. En revanche, l'infirmière émet un besoin potentiel pour les rites mortuaires.

J'ai voulu traiter le sujet de la culture et de la religion car ils sont intrinsèquement liés. Toutefois je pense que j'ai peut être fait une erreur car ces sujets sont tous de même bien distincts. C'est pour cela que j'émettrais deux hypothèses suite à ma question de recherche qui était : En quoi les connaissances des soignants sur les pratiques religieuses musulmanes et culturelles maghrébines des patients peuvent-elles influencer l'alliance thérapeutique ?

8. L'hypothèse

Concernant la culture, la connaissance fondamentale est la compétence interculturelle⁸⁵. Elle peut contribuer à une meilleure alliance thérapeutique mais elle ne la construit pas à elle seule (car on parle aussi d'adhésion au projet de soin dans l'alliance thérapeutique). Après avoir étudié le concept d'alliance thérapeutique, ma première hypothèse que je formule est :

- ✓ La compétence interculturelle soignante perfectionne la relation de confiance soignant-soigné.

En revanche, pour la religion, il me semble que les connaissances théoriques sur les pratiques religieuses sont relatives (du fait de la singularité de la pratique spirituelle de chacun) et elles n'influencent pas l'alliance thérapeutique. De ce fait, ma seconde hypothèse est :

- ✓ L'humanité est la forme de connaissance la plus élaborée des pratiques religieuses dans les soins. Or l'humanité peut définir le cadre de l'alliance thérapeutique.

⁸⁵La compétence interculturelle c'est : la compétence allocentrique (c'est l'empathie, la suspension du moi, l'écoute et la tolérance d'autrui), la compétence de communication (l'image de soi, la gestion des conflits, l'aptitude à gérer ses émotions, la prise de rôle et la gestion des relations), la compétence de communication interculturelle (la conscience de sa propre identité culturelle et de celles des autres, l'ethno-relativisme) et la compétence interculturelle spécifique (connaissances des cultures sans pour autant se proclamer expert de façon utopique). ROGERS ET STEINFATT « *Capacité d'un individu à échanger de l'information de façon efficace et appropriée avec des individus culturellement différents* ». 1999.

Conclusion

L'essentiel à dire est que j'espère que mon mémoire vous aura fait voyager tout autant qu'il m'a baladé. En effet, ce travail de recherche de longue haleine, m'a fait changer d'opinion, j'ai douté, j'ai eu des convictions profondes, je me suis perdue, je me suis reperdue puis je me suis trouvé. Ou presque. Presque par ce que ce qui fait que ce mémoire et entre autre mon métier, sont intéressants c'est qu'ils sont animés par des débats éthiques dont personne a la réponse. Ce que je pense être bon aujourd'hui, sera peut être mauvais demain. Ce mémoire est aussi le fruit de l'aboutissement de trois années de travail. Or, j'ai découvert qu'on ne connaît jamais tout et ce peut être tout aussi frustrant que passionnant.

Quoi qu'il en soit, l'élaboration de ce mémoire m'a permis de démontrer l'importance de la religion et/ou de la culture dans l'identité du patient. Entre culture soignante et culture maghrébine j'ai également découvert la compétence interculturelle. De même, entre laïcité dans les soins et religion musulmane, j'ai pu consolider mon positionnement professionnel qui se caractérise tant par l'analyse de chaque situation que par l'appui sur le cadre déontologique et législatif infirmier ainsi que les valeurs soignantes de l'humanité. Egalement, je me suis questionnée sur les connaissances pratiques et théoriques ainsi que sur l'ethnocentrisme dans le contexte d'une éventuelle alliance thérapeutique dans la relation soignant-soigné. Il me semble que tout cela n'est possible que lorsqu'on s'inscrit dans une dynamique du « prendre soin » en dépit de « faire des soins »⁸⁶. En effet, si les infirmières échangeaient leurs approches humaines dans les soins contre un accomplissement expéditif des soins, pourquoi faire trois années de formation ?

⁸⁶ WALTER HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, édition Masson, 1997, 195 pages.

Bibliographie

Articles disponibles sur internet :

- ✓ DICTIONNAIRE LAROUSSE. Disponible sur internet : <http://www.larousse.fr/>
- ✓ HUBERT JULIE. *Virginia Henderson*. Mise à jour le 06/11/13. Disponible sur : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
- ✓ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. *Admission d'un mineur dans un établissement de santé*, 15/09/09, 8 pages, disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/admission_mineur_dans_un_etablissement_de_sante.pdf
- ✓ SIMONE MANON. *La culture*. 12/02/2008. Disponible sur : <http://www.philolog.fr/la-culture/>
- ✓ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. *Acculturation*. 15/11/2014. Disponible sur : <http://cnrtl.fr/definition/acculturation>
- ✓ DAVID LE BRETON. *Bulletin n°13*. Revue Ethique-cancer, septembre 2013. Disponible sur : <http://www.ethique-cancer.fr/phoenixws/detailbulletins/topic-2,27/bulletin-n-13-septembre-2013.html>
- ✓ DICTIONNAIRE LAROUSSE, *Maghreb*. 18/11/2014. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/autre-region/Maghreb/131068>
- ✓ YAMINA BENGUIGUI. Film *Mémoires d'immigrés, l'héritage maghrébin*. 1997. Disponible sur : <http://www.youtube.com/watch?v=mXbmjmO5rX8>
- ✓ T. BOUFFAND. *L'immigration maghrébine en France au XXème siècle*. 22/11/2014. Disponible sur : <http://www.tbouffand.free.fr> PDF Plan détaillé immigration maghrébine.
- ✓ HENDERSON Virginia. *Les quatorze besoins fondamentaux*. [réf du 06/11/13] Disponible sur internet : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

- ✓ MAPHILO.NET. *La religion- Cours de philosophie*. [réf du 09/12/14]. Disponible sur internet : <http://www.maphilo.net/religion-cours.html>
- ✓ P. CHAUSSE. *Les français surestiment (largement) le nombre de musulmans dans le pays*. [réf du 03/11/2014]. Disponible sur internet : http://www.lexpress.fr/actualite/societe/religion/les-francais-surestiment-largement-le-nombre-de-musulmans-dans-le-pays_1617055.html
- ✓ VOLTAIRE, *Œuvres complètes de Voltaire*, Volume 9 Partie 1, 26/12/2014, disponible sur internet : <http://artdevivresain.over-blog.com/article-5038732.html>
- ✓ WIKIPEDIA, *Connaissance (philosophie)*, 26/12/14, disponible sur internet : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Connaissance_\(philosophie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Connaissance_(philosophie))
- ✓ LA PHILOSOPHIE, *La connaissance : Définition Philosophique*, 27/04/12, disponible sur internet : <http://la-philosophie.com/connaissance-definition-philosophie>

Articles de presse :

- ✓ NATHALIE BOUCHER ET ANNE VEGA, ethnologues. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins. Première partie*. Revue Objectifs soins, novembre 2000, n°90, pages 17 à 24.
- ✓ NATHALIE BOUCHER ET ANNE VEGA, ethnologues. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins. Qu'est ce que le syndrome méditerranéen ? Seconde Partie*. Revue Objectifs soins, décembre 2000, n°91, pages 20 à 22.
- ✓ NATHALIE BOUCHER ET ANNE VEGA, ethnologues. *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins. Qu'est ce que le syndrome méditerranéen ? Troisième partie*. Revue Objectifs soins, janvier 2001, n°92, pages 21 à 24.
- ✓ MYRIAM HERON, cadre de santé formateur en ifsi. *Une compétence culturelle pour faire toute la différence*. Revue Soins, juillet/ août 2010, n°747, page 15.

- ✓ NICOLAS VORNAX, professeur des sciences infirmières à l'université Laval au Québec. *Culture et soins infirmiers, de l'approche biomédicale au regard anthropologique*. Revue Soins, juillet/ août 2010, n° 747, pages 16 à 20.
- ✓ CHRISTOPHE DEBOUT, IADE, cadre de santé et formateur à l'EHESP de Paris. *Soin et culture, entre diversité et universalité*. Revue Soins, juillet/ août 2010, n°747, pages 21 à 23.
- ✓ MARIE-JO BOURDIN (assistante de service sociale), RACHID BENNEGADI (psychiatre anthropologue) et CHRISTOPHE PARIS (directeur général du centre Françoise-Minkowska). *La compétence culturelle dans la relation de soins avec des patients migrants*. Revue Soins, juillet/ août 2010, n°747, pages 24 et 25.
- ✓ MYRIAM HERON (cadre de santé formateur) et TIEDABA KONE (IDE en oncologie). *L'hospitalisation, une nouvelle terre inconnue pour le migrant*. Revue Soins, juillet/ août 2010, n°747, pages 26 à 30.
- ✓ ZAHIA KESSAR, psychosociologue et anthropologue. *Eviter les stéréotypes de l'approche culturaliste des soins*. Revue Soins, juillet/ août 2010, n°747, pages 33 et 34.
- ✓ GINETTE COUTU-WAKULCZYK, professeur agrégée à l'université d'Ottawa. *Pour des soins culturellement compétents : le modèle transculturel de Purnell*. Revue Recherche en soins infirmiers, mars 2003, n°72, pages 34 à 47.
- ✓ ELENA HUNT, professeur des sciences infirmières et KALUM MURAY, professeur des sciences infirmières. *Compétence culturelle, dans les soins, au service de l'atténuation des stéréotypes et des préjugés*. Revue Perspective soignante, avril 2009, n° 34, pages 108 à 119.
- ✓ NICOLAS VORNAX, IDE et PAMELA FARMAN, IDE. *Soignés, soignants et représentations au pluriel : de la reconnaissance dans l'approche interculturelle de soins*. Revue Perspective soignante, septembre 2008, n°32, pages 113 à 129.
- ✓ CATHERINE LEPAIN, IDE en soins palliatifs. *L'approche culturelle en soins infirmiers pour les patients musulmans maghrébins relevant des soins palliatifs*. Revue Recherche en soins infirmiers, mars 2003, n°72, page 4 à 33.
- ✓ SEBASTIEN NGUGEN, assistant social et THIERRY BAUBET, praticien hospitalier en psychiatrie. *Du « tant pis » au « temps pris »*. Revue Soins, novembre 2002, n° 670, pages 45 à 47.

- ✓ MARC ANTONI, praticien hospitalier et NICOLE FROT, psychologue. *Communiquer avec des patients de culture différente*. Revue Soins, juin 2004 cahier 1, n° 686, pages 27 à 29.
- ✓ MARCUS ENYOUUMA, formateur à l'ifsi de Valence. *L'approche culturelle des soins*. Revue Soins, juin 2004 cahier 1, n° 686, pages 30 à 34.
- ✓ ANNE MARIE DOZOUL, psychologue ethnologue. *Soins et diversités culturelles*. Revue objectifs soins, juin/ juillet 2002, n°107, pages 2 à 9.
- ✓ CUCHE D, anthropologue et sociologue. *Nouveaux regards sur la culture : l'évolution d'une notion en anthropologie*. Sciences humaines. Paris, 1996.
- ✓ J BASTIAN, J-L VALDEYRON ET V VAQUIER, *De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique*, Revue Recherche en soins infirmiers n°66, pages 93 à 99, septembre 2001.
- ✓ I LOLIVIER, *L'alliance thérapeutique en question*, Revue Santé mentale n° 181, pages 26 à 41, octobre 2013.
- ✓ GENEVIEVE PERENNOU, *La démarche qualité en maison de retraite, un choc culturel*, Revue Soins gériatrique n°27, page 36 à 39, janvier/ février 2001.

Livres :

- ✓ ISABELLE LEVY. *Soins et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*. Paris : édition Estem, 1999, 210 pages.
- ✓ ISABELLE LEVY. *La religion à l'hôpital*. Paris, édition Presses de la renaissance, 2004, 325 pages.
- ✓ ISABELLE LEVY. *Croyances & Laïcité. Guide pratique des cultures et des religions. Leurs impacts sur la société française, ses institutions sociales et hospitalières*. Paris, éditions Estem, octobre 2008, 495 pages.
- ✓ BRIGITTE TISON. *Prises en charge psychothérapeutiques face aux cultures et traditions d'ailleurs*. Editions Elsevier Masson, 2013, 204 pages.
- ✓ BRIGITTE TISON. *Soins et cultures*. Editions Elsevier Masson, Mars 2007, 244 pages.

- ✓ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant ai diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Editions Berger Levrault. A jour le 10/07/2012, 205 pages.
- ✓ MONTESQUIEU. *De l'esprit des lois*. Cinquième partie, livres XXIV à XXVI. 1748.
- ✓ WALTER HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, édition Masson, 1997, 195 pages.
- ✓ DALAÏ-LAMA ET HOWARD CUTLER, *L'art du bonheur, Sa sainteté le Dalaï-lama*, édition J'ai lu, 11/10/2000, 284 pages.

TFE :

- ✓ BEGHENNOU AUREORE, *TFE La relation interculturelle à l'hôpital*, promotion 2008-2011 de l'IFSI de Toulouse, 35 pages.

Cours :

- ✓ BARTHOLIN THIERRY, 05/02/14, compétence 5 UE 4.6 « Encadrement des professionnels de soins. Qu'est ce qu'encadrer : apprendre à apprendre ? », 25 diapositives.
- ✓ VIALLOD ODILE, promotion 2013-2016, compétence 7 UE1.3 « Prendre en compte la dimension culturelle dans les situations de soins. Soins culturels, croyances et droits : quels enjeux ? »
- ✓ BOUILHOL SYLVIE, promotion 2012-2015, septembre 2013, compétence 6 UE 4.2 « L'alliance thérapeutique », 46 diapositives.

Annexes

Annexe 1 : Cours de T. Bartholin

« Encadrement des professionnels de soins » Qu'est ce qu'encadrer : apprendre à apprendre ?

Mercredi 5 Février 2014

Thierry Bartholin

La génération Z

- Génération C nés après 1996 ou Petite poucette.
 - **Conséquences :**
 - Vit l'expérience professionnelle comme un séjour
 - Loyauté et sens du devoir
 - Détachée, et lucide
 - intéressée : prône la qualité de la relation
 - Vit la relation dans la virtualité
 - La vie privée se partage en toute transparence dans une communauté mais secret absolu en dehors
 - Emotif

La génération Z

- Génération C nés après 1996 ou Petite poucette.(M.serre)
 - **Caractéristiques :**
 - Développement à partir du net , du tout numérique et à partir des réseaux sociaux , mais aussi Fukushima, montée des extrêmes, les crises
 - Hyperféminisation = hupomasculinité
 - Surinformé, la qualité comme un art au travail
 - Communication, Collaboration, Connexion et Créativité



Annexe 2 : Le guide d'entretien

Guide d'entretien

TFE Balmet Marina

Rhône-Alpes Région

Introduction de l'entretien par la présentation du parcours professionnel du soignant : date de diplôme, expériences professionnelles.

Question 1 : Vous est-il arrivé de soigner des personnes de culture maghrébine et/ou de religion musulmane ?

Quelle est la fréquence de la prise en charge de ces patients ?

Question 2 : Quelles représentations avez-vous de la prise en charge de ces patients ?

Qu'en pensez-vous ? Argumentez votre réponse.

Question 3 : Avez-vous vécu une expérience de soins significative ?

Pouvez-vous m'en parler ? Qu'est ce qui a fait qu'elle a été marquante pour vous ?

Question 4 : Pensez-vous avoir comme soignant, un rôle et une mission dans la prise en soin des dimensions culturelles et spirituelles des patients ?

Avez-vous été sensibilisé à cette approche interculturelle dans les soins ?

Question 5 : De votre point de vue, quel impact la prise en compte de la religion et de la culture peut-il avoir dans les soins ?

Question 6 : Selon vous, les soignants prennent-ils en compte de manière satisfaisante, le besoin de spiritualité des patients ?

Si oui, à quel(s) moment(s) du parcours hospitalier du patient et de quelle façon cela se traduit-il ?

Question 7 : Avez-vous suivi une formation qui vous aide dans l'accompagnement des personnes de culture maghrébine et/ou de religion musulmane ?

Si oui, précisez quelle formation.

Question 8 : Avez-vous connaissance de la compétence interculturelle ?

Si oui, pensez-vous qu'elle est applicable dans les soins ? Voyez-vous des limites à la pratique de la compétence interculturelle dans les soins ?

validé le 20 février 2015
O. VIALON

J. Viallon

A l'attention des patients

Question 1 : Au cours de votre vie, avez-vous déjà été hospitalisé ou avez-vous bénéficié de soins ?

Question 2 : Lors de ces soins, les soignants ont-ils pris en considération votre culture et/ou vos croyances religieuses ?

Si oui de quelle façon ?

Question 3 : Est-ce important pour vous, que les soignants les prennent en compte ?

Si oui, pour quelles raisons ? Si non, pourquoi ? Cela vous semble-t-il intrusif dans votre vie privée ?

Question 4 : De votre point de vue, lorsque vous êtes malades, est-ce que vous envisagez des réajustements à vos pratiques ?

La maladie peut-elle être une limite à certaines pratiques religieuses et culturelles ? Pouvez-vous argumenter votre réponse.

Question 5 : Comment percevez-vous le refus de votre pratique par les soignants ?

validé le 20 février 2015
O.VIALLON

J. Viallon

Annexe 3 : Analyse descriptive

Introduction	IDE	Cadre de santé	Psychologue	Docteur
Date de diplôme	Juillet 2013	IDE en 1990 Cadre en juin 2010	2006	N'a pas donné de date pour son diplôme de médecine. Formation de psychosomatique en 2009-2012
Expériences professionnelles	Avant sa reconversion professionnelle : Comptable, assistante commerciale et assistante d'architecte. En tant qu'IDE : - Centre de soins depuis juillet 2013	En tant qu'IDE : Libéral (2 ans), Chirurgie (4 ans), Cardiologie (5 ans), Urgences (9 ans), Fonction de cadre en UHCD (1 an), Cadre en cardiologie (5 ans)	Planning familial (1 an), Psychiatrie adulte (1 an), Maternité (3 ans), Pédopsychiatrie (depuis 2008)	Médecine interne, chef de clinique (3 ans), Médecine interne et psychosomatique
Contexte de l'entretien	Lieu : Dans le salon de sa maison. Il n'y a personne d'autres. Temps : L'après midi. Ponctuelle. Disponible 2h30 maximum. Autres : M'accueille avec un café. Nous nous tutoyons car j'ai fais un stage dans le centre de soins où elle travaille. Le téléphone sonne lorsque l'entretien est presque terminé.	Lieu : Son bureau dans le service (qui n'est pas très bien isolé). Temps : Le matin. 50 minutes de retard s'en excuse et me dit qu'elle est débordée. Autres : Entretien interrompu une fois par le personnel, une fois par le téléphone.	Lieu : Son bureau de consultation. Isolé, calme, peu de luminosité, décor adapté aux enfants. Temps : Le matin. Ponctuelle. Autres : Son téléphone personnel a vibré à plusieurs reprises, elle a finit par regarder ce que c'était. Tutoiement car je suis allée en stage en pédopsychiatrie.	Lieu : Son bureau dans lequel il y a une table immense recouverte de dossiers de patients en désordre. Temps : 15 minutes de retard. Me dit qu'il est débordé et fixe la durée de l'entretien : 20 minutes maximum. Autres : Présente son parcours professionnel en me précisant que sa famille est algérienne. J'ai des difficultés à maintenir un entretien semi directif car il diverge sur d'autres sujets. Nous avons été dérangés à deux reprises par de longs et importants appels.

1	IDE	Cadre de santé	Psychologue	Docteur
<p data-bbox="236 331 438 629">Vous est-il arrivé de soigner des personnes de culture maghrébine et/ou de religion musulmane ?</p>	<p data-bbox="483 331 686 748">Réponse immédiate : Oui. « Oui on peut dire que c'est fréquent. C'est pas la majorité des patients mais oui heu on en a oui ».</p> <p data-bbox="483 792 686 1003">Elle dit que c'est plusieurs fois par semaine et que ça dépend de la tournée.</p>	<p data-bbox="730 331 933 725">« Oui. Oui oui bien sûr. Récemment [...] Ca fait parti du quotidien [...] Même si c'est pas heu plus de 50% de la population qu'on accueille ».</p> <p data-bbox="730 770 933 1256">Elle fait un lapsus et dit population turque au lieu de population maghrébine. Elle parle également de tous les patients d'autres cultures ou religions qu'ils prennent en soin.</p>	<p data-bbox="978 331 1181 770">Oui. Elle reçoit environ 5 familles sur 50, d'origine maghrébine et/ou de religion musulmane en pédopsychiatrie. Et elle en a rarement reçue en maternité.</p> <p data-bbox="978 815 1181 1025">« C'était plus, beaucoup plus de culture turque, que je recevais sur Montbrison ».</p>	<p data-bbox="1225 331 1428 405">« Bien sûr ! Oui. Plein, oui ».</p> <p data-bbox="1225 450 1439 936">Il pense que ce n'est pas fréquent à Montbrison et qu'il y a plus de trucs et de portugais. Il précise que la population maghrébine se situe plus à Saint Etienne.</p>

2	Quelles représentations avez-vous de la prise en charge de ces patients ?
IDE	<p>Silence.</p> <p>« Ce sont des patients comme les autres ».</p> <p>Il faut s'adapter à leurs façons d'être.</p>
Docteur	<p>Me fait reformuler la question. « La religion des gens ne m'intéresse absolument pas, dans ce champ là ». Il s'intéresse plutôt à ceux qui ont des croyances spirituelles et qui lui semblent plus dans une dynamique de vie que ceux qui ne croient en rien et ne s'attachent à rien.</p> <p>Il parle de lui et dit qu'il est croyant et non pratiquant. Quant à la culture : « C'est mes origines donc forcément j'ai des liens de curiosité [...] J'ai l'impression que ça pourrait être mon oncle ». Il dit qu'il est content de voir des maghrébins, comme un ardéchois en rencontre un autre.</p> <p>Il parle aussi des français qui ont fait la guerre d'Algérie : « ils sont du Maghreb dans le sens où ils ont été traumatisés donc ils sont toujours la bas [...] ils sont presque plus algériens que moi par ce qu'ils sont en tout cas autant marqués par le souvenir de l'Algérie ». Il essaye de les faire parler car tout cela a été tût.</p> <p>Il me demande si je suis maghrébine. Après quelques échanges sur le fond de ma recherche, il me parle des soignants qui ont peur de la différence. Il pense aussi que l'expression d'un symptôme est culturelle. Il prend l'exemple de la douleur en notant la différence entre un anglais qui n'exprime pas sa douleur et un maghrébin qui la surexprime. « La tendance justement, c'est de stigmatiser de manière négative, les populations plutôt du sud. Avec l'Occident, le nord, les plus intelligents et le sud, les blaireaux qui ont rien compris [...] Il faut juste à chaque fois en effet, connaître un peu la culture de l'autre pour connaître le mode d'expression [...] Tout ce qu'on a à faire c'est entendre ce qui est réellement dit [...] Accepter que ce que l'autre va dire n'est pas son langage [...] Il y a des erreurs d'écoute de l'expression du symptôme culturel ».</p> <p>Puis il me parle des différents mots qui existent dans diverses langues pour dire une même chose : un mot pour maladie en français, plusieurs en anglais. Ainsi que de la thèse de sa sœur qui est médecin et qui a travaillé sur la population turque.</p>

2	Quelles représentations avez-vous de la prise en charge de ces patients ?
Cadre de santé	<p>« Des patients comme les autres ». Elle les soigne d'abord par ce qu'ils sont des patients. Elle s'est intéressée à la culture pour ne pas « froisser par méconnaissance ». Parler au patient de sa culture c'est montrer qu'on a de l'intérêt pour lui et cela permet de ne pas l'offusquer. Les problèmes ne viennent pas uniquement de la culture mais aussi de la relation soignant-soigné. « Je dois aussi en tant qu'infirmière dire : Ici c'est un milieu laïque ». Il faut trouver un terrain d'entente : « On ne peut pas au nom de la religion faire valoir ou refuser des soins [...] Si vous voulez qu'on accepte de vous soigner il faut bien que ça aille dans les deux sens [...] On ne doit pas tenir en compte des freins inclus et des freins imposés par des religions [...] Laïque c'est : ne pas mettre en avant la religion ».</p>
Psychologue	<p>Représentation selon chaque personne. Mais en général, ce sont des personnes qui ont vécues des parcours migratoires traumatiques. Ce sont des « histoires plus compliquées ou en tout cas plus, plus non-dîtes ». Il y aussi la question du statut de la femme : sa souffrance en lien avec sa liberté. C'est également une culture de groupe. Exemple des belles mères envahissantes en maternité, « le bébé de tout le monde ».</p> <p>Première génération : les immigrés. Traités avec mépris, volonté de s'intégrer au point d'accepter l'humiliation, sentiment de honte, blessures narcissiques profondes. Les enfants ont été témoins de cela. En revanche la troisième et quatrième génération, porteurs de traces de ces traumatismes, ne connaissent pas ce parcours migratoire car il est passé sous silence. Conséquence : difficulté à organiser son identité.</p>

3	IDE	Cadre de santé	Psychologue
<p>Avez-vous vécu une expérience de soins significative ?</p>	<p>Non.</p> <p>Elle parle du tutoiement et du vouvoiement d'une langue à l'autre. Ce sont plus les habitudes de vie à prendre en compte pour prendre le patient dans sa globalité car « je trouve que la religion ça fait un peu étiquette ».</p>	<p>Non.</p> <p>Elle parle des témoins de Jéhovah et de la transfusion, des turques qui viennent nombreux à l'hôpital. Puis elle expose une expérience aux urgences : lorsqu'un homme maghrébin souhaite être présent lors des soins de sa femme. Dans ces cas, elle faisait valoir la laïcité et la règle de l'hôpital : faire sortir les gens. A moins que la dame insiste pour que son mari soit présent ou qu'il s'agit d'un mineur.</p> <p>Elle parle aussi de son travail avec des docteurs musulmans qui trouvaient cette présence masculine normale. De la même façon « c'est moi qui rappelait la, la laïcité ». Elle dit ne s'être jamais disputée avec ces médecins tant qu'il y avait de l'échange. Elle aborde aussi le fait que les soignants doivent mettre leurs religions dès lors qu'ils travaillent dans un hôpital public.</p>	<p>Avec chaque patient elle a une expérience significative. Elle prend un exemple d'un enfant d'origine maghrébine en pédopsychiatrie. Les rendez-vous de suivis familiaux sont assez complexes car pour cette famille, la psychologie ne représente rien. Au Maghreb, il n'y a pas de référent à la maladie mentale. La maladie mentale est plutôt vécue comme une honte et est perçue dans une perspective magico-religieuse. Cet enfant semble souffrir d'une crise identitaire : « il y a ce que ses parents veulent qu'il soit, tu vois. Et pour que, pour que cet enfant colle à fond à ce qu'ils veulent, il y a un déni total de sa maladie, de, vraiment de qui il est, lui ». La psychologue émet l'hypothèse qu'un écart identitaire peut être issu du fait de vivre avec deux cultures opposées où deux clivages apparaissent : oriental/ occidental et le clivage social notamment au niveau financier.</p>

4	IDE	Cadre de santé	Psychologue	Docteur
<p>Pensez-vous avoir comme soignant, un rôle et une mission dans la prise en soin des dimensions culturelles et spirituelles des patients ?</p>	<p>« Le seul rôle qu'on peut avoir c'est le respect ». Si c'est cohérent avec les soins, il faut adapter les soins au patient et à sa religion. Ce qui est peut être plus facile à domicile.</p> <p>Dans le mode de vie, elle ne repère pas de grands changements avec les personnes d'une autre religion.</p> <p>Elle pense que ce n'est pas la religion qui peut poser problème mais ce sont les croyances. Par exemple, croire qu'il faut se couvrir lorsque l'on a de la fièvre. Elle a identifié cette croyance chez des personnes âgées comme chez des musulmanes.</p>	<p>Oui. « On ne peut pas la nier ». Cela fait parti de leur identité. Elle dit avoir un rôle de conciliateur où c'est pour tout le monde pareil, tout en avisant au cas par cas. Elle ne recherche pas spontanément l'appartenance religieuse des patients, uniquement dans les cas où il y a des réticences au soin ou lorsque les gens viennent en parler d'eux-mêmes. « De prime abord, en tant que soignante, ça ne m'intéresse pas ». Nous parlons ensuite des repas. Les patients doivent remplir une fiche sur laquelle ils rayent les aliments qu'ils ne mangent pas. Mais elle ne cherche pas si c'est une question de goût ou de conviction.</p>	<p>Le rôle du soignant est de se mettre du côté de la singularité du patient. La religion peut être, au même titre qu'une passion, la singularité d'un patient.</p> <p>Elle pense que le soignant doit s'adapter en fonction de ses possibilités. Si le soignant ne peut pas, c'est au patient de s'adapter. Elle parle d'un compromis à trouver.</p>	<p>Il me fait reformuler la question. Selon lui, la dimension culturelle donne la véracité du symptôme.</p> <p>Il me parle d'un film mais ne se souvient plus du nom. Puis il dit de ne pas confondre spiritualité et religion. Il associe les religieux aux communautaristes. Il pense que l'on n'a pas besoin de savoir si les patients sont croyants ou non. Et puis que cela se voit pendant l'entretien lorsqu'ils ne font pas des références cartésiennes.</p> <p>Ensuite, il parle du contexte culturel qui peut expliquer la pathologie (culture internet → addiction aux jeux) mais que les pathologies des immigrés ne sont pas liés à leurs cultures mais à la migration.</p> <p>Enfin, il me questionne sur ce que c'est la culture. Pour lui, ce sont des traditions mouvantes selon le temps, le lieu et l'environnement.</p>

5	IDE	Cadre de Santé	Psychologue
<p>De votre point de vue, quel impact la prise en compte de la religion et de la culture peut-il avoir dans les soins ?</p>	<p>Elle répond spontanément qu'il n'y a aucun impact. Puis elle prend l'exemple d'une dame turque qui s'habillait si chaudement que son pansement de VVC se décollait souvent. Ainsi, elle a déduit qu'il y avait un impact : cela nécessite des capacités d'adaptation aux soignants.</p> <p>Mais elle prend un contre exemple, où cette fois-ci c'est le patient qui s'est adapté aux soignants. Par conséquent, elle imagine que l'impact peut être la recherche d'un compromis. « Par ce que si les efforts sont faits que d'un côté du coup, on ne marche pas ensemble, on ne va pas dans le même sens ».</p>	<p>L'impact : la pertinence. Cela évite de faire « des gaffes » et cela explique les réticences ou refus de soin. Mais elle insiste sur le fait de ne prendre en compte cette dimension que lorsque cela pose problème ou en fin de vie. Car elle estime que l'on ne doit pas tout savoir de la vie du patient. Elle fait référence aux 14 besoins de V. Henderson et elle ne situe pas ce besoin comme prioritaire.</p> <p>Ensuite elle parle du management de son équipe où il y a 1 IDE musulmane mais ce critère ne l'intéresse pas à moins que l'IDE vienne lui en parler. Elle parle de ce qui est mis en place au niveau de la langue : les traducteurs et pour l'expression du culte : les aumôniers.</p>	<p>C'est bénéfique. Elle parle de son expérience en maternité où les soignants s'appuyaient beaucoup sur la culture (Exemple : les bébés emmaillotés de linge par les femmes des pays de l'est).</p> <p>Elle vient sur le fait qu'il ne faut pas confondre religion et culture.</p> <p>Pour elle, la culture est une façon d'organiser la vie ensemble. Et la religion est une croyance avec des dogmes très particuliers.</p>

6	IDE	Cadre de Santé	Psychologue
<p>Selon vous, les soignants prennent-ils en compte de manière satisfaisante, le besoin de spiritualité des patients ?</p>	<p>« Le fait de rentrer chez eux, forcément tu respectes [...] J'ai trouvé qu'en milieu hospitalier, c'était plutôt une contrainte pour les soignants ».</p> <p>Elle illustre ses idées par un exemple où les soignants ne comprenaient pas le comportement d'une famille maghrébin et où il n'y a pas eu d'échanges à ce propos. L'IDE insiste sur le fait de ne pas priver les patients de leurs habitudes car cela est pour eux rassurant et ça les rapprochent de leur famille.</p> <p>Ensuite elle parle d'une situation : chaque jour, une patiente musulmane lui propose de partager un café. Chaque jour, elle l'accepte pour ne pas la vexer.</p> <p>Se pose alors la question du débordement de la religion et/ou de la culture sur les soins.</p> <p>Elle illustre un débordement de soins par un exemple d'un patient qui n'est ni maghrébin ni musulman. Elle termine en disant que nous pouvons autoriser toute pratique, elle ne voit aucune contrainte.</p>	<p>« Non surement pas. Et puis en plus, c'est confronté avec tout ce qu'il se passe en ce moment, au niveau du monde. Mais, où tout le monde, personne ne comprend forcément tout [...]. C'est confronté à l'individu, à l'identité de chacun donc non. On a surement des progrès à faire ».</p> <p>Elle aborde également d'une culture soignante très invasive et qui ne prend pas toujours de recul sur ces besoins.</p> <p>Elle parle d'une religion mal définie avec un écart entre intégriste et pratiquant.</p> <p>Elle fait un lien entre habitudes de vie et culture et pense que l'important c'est de reconnaître la différence et de vivre avec. Elle argumente cela avec des exemples sur les anglais, les européens. Il faut être tolérant en tant que soignant et prendre du recul devant chaque problème, il faut faire du « gagnant-gagnant ». Ce qu'elle illustre avec le fait d'avoir une prise de sang à réalisé au même moment que le patient doit faire une prière.</p>	<p>Non pas du tout. « Je pense que la spiritualité, tout le monde s'en fout en fait [...] c'est quelque chose qui a quitté notre culture, qui appartient aux gens à titre intime, individuel ».</p> <p>Elle a retrouvé la considération de ces besoins uniquement dans les soins palliatifs. Pourtant elle pense que si c'est quelque chose qui compte pour le patient, cela doit compter pour nous, soignants.</p>

7 et 8	IDE	Cadre de Santé	Psychologue	Docteur
<p>Avez-vous suivi une formation qui vous aide dans l'accompagnement des personnes de culture maghrébine et/ou de religion musulmane ?</p> <p>Avez-vous connaissance de la compétence interculturelle ?</p>	<p>Non jamais, ni à l'IFSI. Elle ne ressent pas le besoin d'avoir une formation sauf si elle était confrontée à une fin de vie d'une personne musulmane et/ou maghrébine car elle se sentirait « démunie ».</p> <p>Elle aurait « peur de mal faire, peur de mal dire ».</p> <p>Toutefois, elle pense qu'à Montbrison, étant donné qu'il n'y a pas beaucoup d'étrangers, cette formation est plus utile pour les hôpitaux des grandes villes.</p>	<p>Elle a suivi un module culture et religion à l'IFSI. Elle a fait un mémoire de cadre sur l'interculturalité et le management des cultures différentes par ce qu'elle a travaillé avec des collègues qui faisaient le ramadan et qui pouvaient être fatigués en poste de 12 heures aux urgences. Elle s'est intéressée personnellement à la religion par le biais des lectures.</p> <p>Enfin, elle connaît la compétence inter culturelle qu'elle définit comme le partage, la tolérance et l'ouverture à l'autre. Pour acquérir cette compétence, elle pense qu'il faut se questionner, faire des recherches et échanger notamment à l'IFSI ou dans des comités d'éthique.</p>	<p>Elle a fait sa dernière année en psychologie sur l'interculturalité. Et elle a fait une formation inter culturelle et sexualité. Pour elle, c'est un positionnement éthique car c'est la prise en charge de l'autre dans toute sa singularité et c'est aussi prendre du recul et se décaler de notre recul. C'est regarder l'autre « avec des yeux d'enfants ». Elle a fait un travail sur la femme de la troisième génération des immigrés maghrébins, qui a du mal à se sentir pleinement française. Elle m'explique la différence d'adaptation entre les garçons et les filles.</p> <p>Elle pense que les soignants devraient être formés notamment lorsqu'ils ne le rencontrent pas quotidiennement. Puis nous échangeons sur la notion de différence. Elle me fait partager sa vision de la culture soignante.</p>	<p>Il ne connaît pas. Il me parle des recensements des personnes qui savent parler une seconde langue à l'hôpital.</p>

Annexe 4 : Abstract

As a nurse, most of us will probably take care of patients who hold different cultural or religious beliefs to our own. During my studies, I've noted that a lot of nurses have difficulties in using the appropriate behaviour when dealing with these patients.

This study will look at the knowledge of nurses, concerning north african culture or muslim beliefs, and the impact that this has on patient care. The study will be conducted with a survey, through an interview with four professionals : a nurse, a psychologist, a nurse manager and a doctor. The analysis of the survey, points to commons feelings as well as different points of view. On the negative side there is a disinterest because they're working in a lay hospital. There are however positive points, firstly the realisation of the need for a behavioural adaptation for taking a holistic approach to patient care and secondly that culture and religion can be used as a tool for healing. Due to these points of view, the need for knowledge will be the fundamental point of this research.

This study is intended for the benefit of all health care practitioners.

Key words : *north african culture, muslim beliefs, knowledge, holistic care.*

LE TRAVAIL DE FIN D'ETUDES : L'identité culturelle et religieuse du patient

En tant qu'infirmier, nous serons probablement tous confrontés un jour à la prise en charge d'un patient différent de nous. Durant mes études, j'ai constaté des comportements étonnants de la part des soignants face à des patients qui sont de culture et/ou de religion différente.

Ce mémoire de fin d'études questionne l'influence que pourraient avoir, les connaissances des soignants des pratiques religieuses et/ou culturelles sur l'alliance thérapeutique.

Une recherche initiale traite de la culture maghrébine et de la religion musulmane, de la connaissance ainsi que de l'alliance thérapeutique. Une enquête de terrain est effectuée auprès de quatre professionnels de la santé : une infirmière, une psychologue, une cadre de santé et un médecin par le biais des entretiens semi-directifs. L'analyse montre des divergences mais aussi des similitudes de ressentis quant à la prise en charge de ces patients : indifférence au nom de la laïcité, adaptation pour une prise en charge du patient dans sa globalité, utilisation des croyances comme outil de guérison. En raison de ces points de vue, la question de la connaissance sera un point culminant de cette recherche.

Ce travail s'adresse principalement à tous ceux qui sont emprunts d'une culture soignante.

Mots clés : culture maghrébine, religion musulmane, connaissance, alliance thérapeutique.