

**Institut de Formation en Soins Infirmiers
Etablissement Public de Santé Alsace Nord
141, Avenue de Strasbourg – B.P. 83
67173 BRUMATH CEDEX**

**Mickaël SCHMITT
Promotion 2010 / 2013**

**ÉTHNOPSYCHIATRIE ET COMPETENCE CULTURELLE
VERS DES SOINS INFIRMIERS SPECIALISES AUX PATIENTS MIGRANTS**

**Mémoire de Fin d'Etudes en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier
Sous la guidance de Pierre GAPP
Soutenance le 17 Janvier 2013**

**Institut de Formation en Soins Infirmiers
Etablissement Public de Santé Alsace Nord
141, Avenue de Strasbourg – B.P. 83**

« Les opinions exprimées dans ce mémoire sont propres à leur auteur et n'engagent pas l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord de Brumath. »

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier tout particulièrement Mr Pierre GAPP pour l'attention et le soutien qu'il a su m'apporter tout au long de ce travail.

Merci à toute l'équipe de Cadre de Santé Formateurs qui m'ont accompagné pendant les trois années de formation.

Merci à mes collègues, à mes pairs qui m'ont aidé et qui ont participé à mon travail.

Et un grand merci à ma famille de m'avoir soutenu pendant ces dernières années, ainsi que lors de la rédaction de ce Mémoire de Fin d'Etudes.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Dans le cadre des études en soins infirmiers, il n'est pas rare de vivre des situations cliniques déstabilisantes. Il s'agit là d'un aspect du métier qui nécessite des connaissances théoriques, mais également de l'expérience qui s'acquiert au fur et à mesure des études et de la vie professionnelle. Durant la formation, de nombreuses questions viennent à l'esprit des étudiants qui ne trouvent pas forcément des réponses adaptées ou convaincantes. Il est donc primordial pour l'étudiant de penser par lui-même en questionnant ses pairs et en effectuant ses propres recherches. Le mémoire de fin d'études s'intègre parfaitement à ce travail, et me permettra d'éclaircir certains éléments restés flous.

Dès le début de mes études, dans un premier temps, à l'école d'aide soignant, puis à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'ai été intéressé par les patients issus de diverses cultures, de langues différentes, et leurs différents accompagnements dans les périodes de vie difficile (deuil, hospitalisation,...). En effet, être malade est une chose, mais l'être dans un lieu sans repères, vulnérable, avec souvent la barrière de la langue pose de vraies difficultés de prise en soins. Etant moi-même issu d'un système socio-culturel particulier, habitant et effectuant mes études dans une région frontalière, dite « carrefour de l'Europe », renforce mon désir d'approfondir mes connaissances sur ce sujet, ce qui me semble fondamental pour intervenir auprès de patients provenant de divers horizons. Au-delà de l'importance que revêt les soins relationnels et les soins infirmiers techniques, une réflexion sur nos pratiques semble accompagner un soignant tout au long d'une formation paramédicale et de la vie professionnelle. L'intérêt des professionnels semble être actuellement centré sur les conditions de travail, le manque de personnel et l'épuisement professionnel qui en est le résultat. Le questionnement sur ces pratiques ne trouve plus la place qu'il mérite pour une prise en soins de qualité. Lors de situation vécue en stage, j'ai eu l'occasion, en équipe pluridisciplinaire, d'entamer une réflexion quant à la prise en soins des patients migrants, et plus particulièrement des patients souffrant de

pathologies psychiatriques.

Entamer un travail de recherche, impose de trouver un sujet précis. L'importance quant à la précision de ce questionnement m'a poussé à poser dans un premier temps une question provisoire, mettre en avant les concepts importants et questionner des experts dans ce domaine. Grâce à ce premier cadre conceptuel ainsi qu'au travers de la richesse des réponses obtenues, une deuxième question de départ m'est apparue ainsi qu'une hypothèse de réponse. Cette question, impose à nouveau un cadre conceptuel plus pertinent ainsi que différents entretiens infirmiers effectués en service de psychiatrie.

I - DE L'ENTREE DANS LE PROJET DE RECHERCHE VERS LA QUESTION DE DÉPART PROVISOIRE

1 - Entrée dans le projet de recherche

1.1 - Situation d'appel

La situation se déroule lors du quatrième semestre de stage, dans un service de psychiatrie fermé, plus exactement dans la chambre de la patiente que j'appellerai Mme S.

Pour décrire la situation, il me faut exposer les circonstances précises de l'hospitalisation de la patiente, ainsi que quelques situations contributives à la compréhension du sujet. Mme S est âgée de 35 ans. Elle est née en Afrique, et y a vécu jusqu'au mois de mai 2011. Elle vit depuis quatre mois en France. Pendant son enfance, la patiente a suivi une scolarité et a fait des études de biologie. Actuellement, elle est sans emploi. Elle parle couramment le français. Depuis son arrivée en France il y a cinq mois, elle réside chez ses beaux-parents.

Le motif exact de son arrivée reste flou. Mme S est présente dans le service depuis une semaine. Elle est arrivée au pavillon relevant de son secteur d'habitation suite à un transfert d'un service d'admission d'un autre secteur¹. La patiente n'a pas indiqué depuis combien de temps elle est mariée. Elle précise cependant que leur mariage est récent et a eu lieu en France. Monsieur S n'est pas venu vivre en Alsace. Après le mariage, il est retourné travailler en Afrique. Leur union a donné naissance à un petit garçon né en juin 2011 (donc après son arrivée en France). Lors de l'hospitalisation, seuls les beaux-parents lui rendent visite.

Peu après la naissance, la patiente a développé une psychose puerpérale. Elle est interpellée par la police pour tentative d'infanticide suite à l'hospitalisation de son fils. Son acte avait pour but de faire sortir le « démon » du corps de son fils. Lors de l'examen médical effectué aux urgences, l'enfant portait des marques sur son visage, à proximité des yeux. Pour Mme S, le seul moyen de faire sortir le « mal » du corps de son fils était de le lui extirper par les

¹ Ce changement a pour origine le manque de lit disponible.

yeux.

L'hospitalisation de la patiente résulte avant tout, d'une tentative de suicide visiblement postérieure à la tentative d'infanticide. Elle se manifeste par une plaie épigastrique superficielle. La patiente a été hospitalisée sous contrainte, elle n'est plus autorisée à voir son fils².

Lors d'un autre entretien infirmier auquel je n'ai pas eu la possibilité de participer, la patiente indique que la plaie sous l'œil de son enfant est une trace de griffure accidentelle lorsqu'elle l'a langé. Il s'agirait, selon les transmissions du pavillon ayant effectué la primo admission, d'une des preuves de la tentative d'infanticide. Dans le même sens, la patiente ne semble pas comprendre pourquoi l'excision, naturelle à ses yeux, n'est pas effectuée en Occident.

Après avoir installé mon matériel, je commence le soin prescrit pour la patiente ce jour. La patiente entame spontanément la conversation en me parlant de son fils. Elle me demande si elle pouvait le voir. Elle ajoute qu'elle l'aime, et qu'il lui manque. La conversation me trouble dans le sens où j'entends que son fils lui manque, mais je ne peux omettre les faits dans cette situation. Je lui dis que je ne suis pas en mesure de répondre, je n'avais en effet pas de notion de retrouvailles. Etant du ressort du médecin et également du juge qui intervenait sur la procédure en cours, je conseille à la patiente de parler au psychiatre lors de leur prochain entretien. Elle poursuit son histoire et me parle de son mariage récent. Elle précise également que, dans sa culture, on ne se marie pas avec un étranger sans subir de conséquences. A aucun moment la patiente ne revient sur l'acte qu'elle a fait. Lors de cette discussion, je ne suis pas en mesure d'entrer dans une conversation plus poussée sur ses ressentis, son histoire. Je continue le soin, reste concentré et répond brièvement aux questions posées par la patiente. La communication n'étant pas constante, quelques moments de silence sont perceptibles. Je me questionne en même temps sur l'importance de maintenir des moments de silence ou si le besoin de communiquer de la patiente m'« oblige » à maintenir le dialogue. Je ne peux tout de même m'empêcher d'éprouver de l'empathie, l'épreuve que traverse la patiente bouleversera sa vie ainsi que sa famille. Quel regard son mari, ses beaux-parents vont-ils porter ? Beaucoup de questions me traversent l'esprit, mais demeurent sans réponses.

Dès le début du soin, je repère que la plaie est à l'air libre, ce qui me semble relativement surprenant vu l'état de la plaie (légèrement inflammatoire, avec présence de fibrine), la

2 Nous notons la présence d'une instabilité psychomotrice ainsi que d'une ambivalence.

prescription et les consignes du médecin (ne pas prendre de douche et ne pas toucher au pansement). Je questionne donc la patiente qui me répond qu'elle n'a jamais touché au pansement. J'insiste tout de même, car j'avais effectué le précédent pansement accompagné d'une infirmière du service en respectant scrupuleusement le protocole établi par le médecin, donc en couvrant la plaie avec un pansement sec. La patiente me dit alors qu'elle a peut-être enlevé les compresses lors de la douche de ce matin, qu'elle n'en voit pas l'intérêt. Elle ajoute que dans son pays elle n'a jamais vu de telles pratiques.

1.2 - Mise en problème

L'échange qui a eu lieu entre la patiente et moi-même, résulte avant tout de la réfection de pansement. Il semble également que la patiente est en demande d'écoute, d'échanges, et désire exprimer ses émotions. Madame S exprime un sentiment d'incertitude, de vulnérabilité quant à son avenir qui se manifeste à travers ses interrogations (entre-autre elle demande à revoir son fils).

La vulnérabilité³ est un concept fondamental dans le soin. Il s'agit d'une situation connue de tous, à un moment ou à un autre de notre existence. Elle commence au plus jeune âge, dès la naissance. Cette idée de nourrisson vulnérable peut s'élargir au monde adulte et en particulier aux personnes en souffrance somatique et/ou psychique. Mme S est vulnérable par la rupture psychique créée par la psychose puerpérale.

Elle est actuellement susceptible de mettre en danger son enfant ainsi qu'elle-même. La psychose puerpérale est une BDA⁴ polymorphe et extrêmement labile. Le délire, les troubles de l'humeur et l'altération de la conscience sont des notions toujours présentes.

Chaque situation qui met en présence un soignant et une patiente vulnérable entraîne naturellement une réaction humaine et normale : la responsabilité. Comme la mère pour son enfant, le soignant ressent une obligation de venir en aide à une personne en souffrance, démunie, sans ressource pour se protéger seul. Pour garantir la sécurité du patient, respecter la législation et améliorer la pratique professionnelle, la responsabilité naissante de la vulnérabilité

3 Svandra, in « un regard sur le soin »

4 BDA : Bouffée délirante aiguë

8

8

semble permettre une forme d'équilibre dans la prise en soins et dans la relation soignant/soigné. La responsabilité se définit également par le fait de supporter les conséquences de ses actes quand il porte préjudice à autrui.

Le nourrisson, entraîne également pour la mère et pour l'entourage un sentiment d'Humanité. D'après Freddy Klopfenstein « Etre soignant, s'est s'occuper de l'Humanité »⁵. Si nous substituons l'enfant au patient et la mère au soignant (nursing, responsabilité innée) le soignant reconnaît l'autre comme « être supérieur », non pas comme un primate ou animal banal. L'importance est dans la relation à l'autre, de prendre garde à cette différence.

L'Humanité complète, dans un contexte de soins de qualité, la notion d'altérité. Ce concept de soin semble, par la « reconnaissance de soi à travers l'autre »⁶, un concept identifiable dans la situation. Il est important d'accepter la différence et d'être accessible à l'écoute en toute situation. Malgré les difficultés pour comprendre la patiente (de par sa culture), il semble bien que les concepts de soins développés précédemment soient identifiables pendant le soin que j'ai effectué. La patiente a été écoutée, s'est exprimée. Concernant ses demandes incessantes nous sommes en droit d'interroger la notion de justice. Etant une patiente intrigante de par sa culture et notre incompréhension, sommes nous en capacité d'apporter autant d'attention à chaque patient du service ?

La distance thérapeutique semble propre à chaque soignant. Etant étudiant en 2^{ème} année, je reste encore dans un processus d'apprentissage qui ne me permet pas de me sentir prêt à affronter chaque situation rencontrée. Le questionnement de la patiente me trouble, mais pour cette situation, la réponse que j'apporte me semble judicieuse. La réorientation vers des professionnels compétents permet de prouver à la patiente que l'écoute est active et maintenue.

Il semble que si l'on exerce le métier d'infirmier, nous serons amenés à venir en aide et soigner des patientes que nous ne comprenons pas. Comme dit précédemment, la responsabilité naît de façon naturelle face à la vulnérabilité, visiblement quelque soit les évènements qui entraînent la rencontre patient/soignant.

Pour l'infirmier, cette responsabilité est également un devoir inscrit dans la loi et dans la déontologie. La charte de la personne hospitalisée indique dans son huitième principe

5 in « Humanité », essais, Genève, Ed. Labor et Fides, 1980.

6 Emmanuel Levinas

9

9

général que « la personne hospitalisée est traitée avec égard. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité »⁷. Dans ce sens, l'article L. 1110-3 du code de la santé publique indique qu'aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention et aux soins. L'infirmier se doit d'intervenir dans son champ de compétences et de connaissances pour tout individu. Il ne s'agit pas uniquement d'une obligation professionnelle, mais également d'une obligation relevant du civisme.

Mon manque de connaissances en matière d'ethnopsychiatrie me pousse à m'orienter vers des modes de communications non verbales, entre autre dans cette situation, des moments de silence. Freud, initiateur du silence à travers la psychanalyse désignait ces moments précis pour accentuer l'écoute du patient et permettre de mettre le patient en face de lui même. Les moments de silence ne semblent pas thérapeutiques dans la situation, mais me permettent de me concentrer sur le soin et d'éviter d'entrer dans une conversation avec la patiente que je ne maîtrise pas. Est-ce de l'évitement ?

Les pratiques socioculturelles obligent les soignants à identifier convenablement les éléments sémiologiques psychiatriques et culturels ainsi que les habitudes de vie. Les dires des patients sont également à analyser avec minutie compte tenu de la pathologie psychotique sous-jacente. Par exemple, Mme S exprimait dans un des entretiens, les causes de la cicatrice sous l'œil de son enfant, élément contredit par les forces de l'ordre. Cependant, la scarification abikou, est un symbole majeur dans la coutume africaine⁸ qui a pour but de permettre à l'enfant de survivre au sein de la communauté ; ce qui nous amène donc ici à questionner la véracité des propos de la patiente. Veut-elle cacher un élément de sa culture ou est-ce un comportement de défense face à ses actes ?

La situation révèle également une absence de compliance aux soins. La patiente ne semble pas être au courant de l'importance de maintenir la plaie propre et protégée. Après lui avoir réexpliqué l'importance de suivre les directives du médecin, je ne suis pas en mesure de lui répondre quant à la justification de sa non observance thérapeutique. Suis-je en mesure de justifier une pratique soignante, et donc de critiquer une pratique autre que celle que l'on m'a enseignée ?

Il s'agit là d'une pathologie (la psychose puerpérale) souvent méconnue des soignants

⁷ Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.

⁸ Plus précisément au Bénin, pour ce type de scarification.

exerçant en pavillons d'admissions fermées. En effet, les pathologies du post-partum relèvent en règle générale de l'UMB⁹, où la mise en place d'un projet de soins efficace incluant la famille et en premier lieu l'enfant est facilitée. Dans un contexte familial et psychiatrique aussi complexe, l'équipe et moi-même restons dans un questionnement profond quant à la meilleure attitude à adopter pour optimiser la prise en soin. Lors des transmissions, nous observons tous, que le manque de connaissances sur sa culture peut influencer notre représentation de cette patiente et nous questionne sur la symptomatologie. Est-ce culturel ? Où est-ce une expression de sa pathologie psychotique ? Lors des réunions hebdomadaires et des transmissions quotidiennes, l'équipe a cherché à comprendre et à répondre à cette question, sans vraiment trouver de réponse.

Les difficultés à comprendre le comportement de la patiente (ses dires, ses connaissances culturelles,...) me pousse à m'interroger sur ma pratique soignante et au manque éventuel de connaissances sur sa culture, afin d'être en mesure de connaître davantage certains éléments tels que : son point de vue sur la possession, la place de la femme au sein du couple, de la famille ou encore les difficultés qu'entraînent une enculturation¹⁰ différente d'une enculturation plus occidentale. Ceci dans l'objectif de ne pas mettre en avant des représentations mentales souvent infondées et favorisant des défauts de prise en soins et de mieux comprendre des comportements qui ne relèvent en rien de la pathologie psychiatrique comme par exemple, la bizarrerie du discours (en effet différent par la banalisation des termes tels que la possession ou encore l'excision).

1.3 - Identification du problème de recherche sous forme de Question de départ provisoire

EN QUOI LA MÉCONNAISSANCE DE LA CULTURE D'UN PATIENT MIGRANT,
HOSPITALISÉ EN SERVICE DE SOINS PSYCHIATRIQUES, PEUT-ELLE INFLUENCER
LA PRISE EN SOINS PAR LES INFIRMIERS ?

L'identification du problème de recherche a pour variable la méconnaissance. Plus précisément une méconnaissance spécifique de la culture d'origine d'un patient migrant. Une deuxième variable est présente dans cette problématique qui est la « prise en soins ». Deux

9 Unité Mère Bébé

10 Enculturation : phénomène qui consiste à transmettre les connaissances, normes, valeurs, commune à une population et d'être fortement intégré par les individus tout au long de leurs vie (Margaret Mead – 1930)

11

attributs sont présents : dans un premier temps, la culture, ayant son importance en temps que complément de terme « méconnaissance », mais également le concept de soin à travers la « prise en soins ». La population correspond aux soignants (infirmier diplômé d'Etat et infirmier de secteur psychiatrique) travaillant en service de soins psychiatriques fermés pour adultes.

L'objectif est d'identifier avant tout la place que prend la culture dans la prise en charge des patients migrants ou au contraire, peut-on prendre en charge un patient dans sa globalité sans prendre en compte son origine et ses croyances ? De nombreux concepts seront mis en évidence, entre autre, la méconnaissance culturelle, la transculturalité, la prise en soins ou encore la place de la culture selon la nature des problèmes psychiatriques. Y a-t-il une réelle implication des services de soins dans la prise en soins de patients migrants ? Quelles sont les difficultés rencontrées dans de ce type de prise en soins ?

1.4 - Généralisation du problème de recherche

Quelques auteurs se sont interrogés sur les pratiques soignantes et la prise en compte de l'enculturation des patients et de leurs modes de vies. Myriam Héron, cadre infirmière et formateur en IFSI explique que « les professionnels de santé interviennent à toutes les étapes du cycle de vie de l'être humain. L'identification d'une appartenance à un groupe culturel et/ou religieux situe le contexte de vie et les valeurs qui sous-tendent l'expression des besoins en soins d'une personne ». Elle présente six éléments primordiaux essentiels à une prise en charge efficace des patients issus de cultures étrangères : les étapes de vie et leurs spécificités culturelles, l'approche de l'hygiène et des soins du corps à travers les cultures, la communication en situation transculturelle, l'approche interculturelle de la maladie mentale, la place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital et pour finir l'acquisition et le développement de la compétence interculturelle pour une pratique éclairée.

II - DE L'EXPLORATION VERS LA QUESTION DE DEPART

1 – Exploration

1.1 - Bibliographie : mini cadre conceptuel

1.1.1 - Méthodologie

Pour permettre une prise en soins optimale, il est fondamental pour nous, professionnels de santé, de parler le même langage. Je vais donc analyser puis définir certains concepts importants dans mon travail de fin d'études et en détailler certains. Dans un premier temps, lors de l'exploration puis, plus tard, dans un cadre conceptuel plus complet.

Suite à différentes lectures, plusieurs documents ont attiré mon attention. Cela me permettra d'explicitier, d'évaluer et éventuellement de modifier selon les références théoriques de ces textes la question de départ provisoire.

1.1.2 - Exploitation des données documentaires

1.1.2.1 - Prise en soins et « sciences du Caring »

Le concept de soins a été défini à de nombreuses reprises. Rohrbach C. (1999) le décrit par « Soigner, c'est l'expérience de se comprendre soi-même par le détour de l'autre¹¹ ». Il s'agit d'un concept difficile à définir, c'est pourquoi j'utiliserai le concept du Caring, peut-être plus explicite pour définir le soin. Dans son ouvrage « On Caring », Milton Mayeroff¹² définit le

11 Une expérience pédagogique pour sensibiliser les étudiants de la 1ère année d'études en soins infirmiers, à l'Ecole de Thonon-les-Bains, in Recherche en Soins Infirmiers, No. 56. Pp. 81-87

12 Philosophe et écrivain

13

caring, comme l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement. ».

Pour une prise en soins de « qualité », différents axes sont observables. Selon Walter Hesbeen¹³, il est nécessaire de développer un système de valeurs humanistes altruistes, mais également la prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir, la culture d'une sensibilité à soi et aux autres, le développement d'une relation d'aide et de confiance, la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs, l'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision, la promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel, la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction, l'assistance dans la satisfaction des besoins humains ainsi que la prise en compte des facteurs existentiels phénoménologiques¹⁴.

1.1.2.2 - La culture

Carmel Camilleri¹⁵ définit la culture comme étant : « apparue au XIXème siècle avec l'anthropologie. D'abord liée à une idéologie évolutionniste, la culture au singulier, synonyme de la civilisation, désigne le progrès de l'homme, envisagé maintenant comme formation collective, vers son achèvement idéal. Cela implique que ces acquis se transmettent : la culture est un héritage social que le groupe valorise et tient à léguer¹⁶ ».

Selon Troeltsch Ernst¹⁷ et Mann Thomas¹⁸, « en opposition à la nature « vierge », la culture comprend l'espace vital créé et aménagé par l'homme. Dans une acception traditionnelle, la culture comprise comme l'ensemble des œuvres entrées dans l'histoire (art, jeu, science, religion) et produite pour elles-mêmes, est distinguée de la civilisation définie comme le produit global de l'activité sociale instrumentale et fonctionnelle déterminée par des besoins sociaux¹⁹. »

13 Infirmier et docteur en santé publique

14 Revue Perspective soignante, Ed. Seli Arslan, Paris 1999, n°4, pp.24

15 Sociologue

16 Petit dictionnaire d'Ethique, sous la direction de Otfried Höffe, Editions Universitaires Fribourg, CEFR, Nov. 1993, pp 61.

17 Philosophe, théologien et sociologue Allemand

18 Ecrivain et prix Nobel de littérature (1929)

19 Dictionnaire de psychologie, sous la direction de Roland Doron et Françoise Parot, octobre 2009, ed Puf, pp 176.

1.1.2.3 - Migration

L'article "Le migrant connecté - Pour un manifeste épistémologique" écrit par Dana Diminescu²⁰ révèle une multitude de définitions qui peuvent exister pour définir la situation « migrante ».

Les institutions concernées mais aussi le monde de la recherche, recommandent la définition suivante du migrant international :

« Toute personne qui change de pays de résidence habituel, toute personne qui se déplace et traverse au moins une frontière. A la différence de l'immigré, qui arrive pour rester, le migrant est généralement conçu comme une personne en transit, qui vient seulement pour travailler, traverse nos territoires, nos villes et qui retourne à la maison ou repart ailleurs. Dans son schéma analytique minimal, son saisissement sociologique se résume à l'image d'une permanente rupture des lieux qui rattache l'individu à son milieu d'origine ainsi que la confrontation avec un mode de penser (...) »²¹.

1.1.2.4 - Expressions culturelles

L'approche interculturelle de la maladie mentale reste une spécialité méconnue de la psychiatrie. Elle va permettre de mettre en lien la symptomatologie clinique avec l'influence de la migration et de l'enculturation d'un patient. Selon Myriam Héron²², il existe différentes formes d'expressions transculturelles. Par ordre de fréquence, les migrants évoqueraient le plus souvent des désordres affectifs et troubles névrotiques (inquiétude, angoisse et troubles du sommeil) auxquels se rajoute l'hostilité, la nervosité, l'impulsivité. Il existe également une somatisation de la culpabilité et de la honte pour certaines cultures. Les troubles psychotiques, dont le délire comme expression culturelle donne lieu à des manifestations spécifiques. Les

20 Sociologue

21 *Le migrant connecté - Pour un manifeste épistémologique*, Dana Diminescu

22 Cadre Infirmière Formatrice,

troubles post-traumatiques et les troubles psychosomatiques restent également des expressions visibles chez les patients migrants qui vont influencer la prise en charge. Dans la culture africaine, les soins sont avant tout une « histoire » de famille, qui va privilégier dans un premier temps une médecine traditionnelle, avant, si le cas le nécessite vraiment, de faire appel à une médecine « occidentale ».

1.1.2.4 - L'interprétariat

D'après les entretiens exploratoires, l'interprétariat est un outil privilégié lorsque l'on parle d'éthnopsychiatrie, de transculturalité, ou encore de migration. Selon l'association Strasbourgeoise Migration Santé Alsace, l'interprétariat est :

« Une profession à part entière. Elle s'inscrit dans un cadre déontologique, et les fonctions assumées par l'interprète exigent la connaissance attestée des langues, de la société d'origine, de la société d'accueil, comme des vécus des populations dans l'immigration. L'interprète traduit fidèlement un message oral d'une langue à une autre. La rigueur de précision à laquelle il s'engage n'équivaut pas à une interprétation mot à mot : comme un interprète de liaison, il veille à la transmission du sens et véhicule pour ce faire des codes verbaux et non verbaux. Parce qu'il travaille avec et sur la langue, et parce que toute langue est traversée par la culture, il restitue dans sa traduction les équivalences culturelles des propos des interlocuteurs.

Lorsque l'interprète médical et social décèle des incompréhensions chez l'utilisateur ou le professionnel, il peut demander des reformulations mais n'exprime pas d'opinions personnelles. L'intervention d'un interprète pour faciliter la communication est : une démarche de respect des droits des usagers ; un moyen permettant aux acteurs de santé et du social d'exercer pleinement leur fonction de soignant ou de travailleur social²³. »

1.2 - Entretiens exploratoires

1.2.1 – Méthodologie

23 www.migrationsanté.org (visité le 10/09/2012)

Pour me permettre d'approfondir ces éléments théoriques, j'ai effectué trois entretiens. Le premier entretien a été réalisé auprès d'un spécialiste en éthnopsychiatrie, le second auprès d'une infirmière en pavillon d'admission fermé de psychiatrie et le troisième auprès d'un spécialiste représentant les usagers²⁴.

L'outil utilisé est l'entretien non directif²⁵. Cet outil est important pour cette partie du mémoire car il me permet de pouvoir poser trois questions très larges, afin de récolter le plus d'informations possibles sur le sujet. De plus, l'analyse des entretiens exploratoires ne représente en aucune façon mes propres idées, seul les éléments apportés par les trois spécialistes de l'éthnopsychiatrie. Lors de l'analyse²⁶, je nommerai l'éthnopsychiatre Dr Kh, le traducteur Mr R et l'infirmière Mme V.

1.2.2 - Traitement et interprétation des résultats

Les services de soins Strasbourgeois sont des lieux d'accueil polyglotte et interculturel. Certains services ont donc mis en place différents dispositifs afin d'améliorer cette prise en soins.

La consultation en éthnopsychiatrie et l'interprétariat semblent être les piliers d'une prise en soins de qualité. La langue étant la première barrière auquel est confronté le soignant²⁷. Selon Mr R, le patient présente une désorganisation de la langue apprise, alors que l'organisation la plus correcte qui lui revient est la langue maternelle, d'où l'importance de la participation de traducteurs. L'interprétariat va donc favoriser les échanges et aider le thérapeute spécialisé en éthnopsychiatrie à poser un diagnostic cohérent et apporter le traitement adéquat²⁸. Lors de l'un des entretiens, Dr Kh nous présente l'une des raisons de la difficulté de poser un diagnostic cohérent :

« Cela se présente comme une douleur qui se balade dans tout le corps, dans un premier temps à la tête qui descend jusqu'aux pieds en passant par le dos et les jambes. Qui peut cependant, dans le sens de la nosographie

24 Traducteur en langue portugaise, espagnole, souali, tchokwés, Boundou auprès de Migration Santé Alsace – Docteur en théologie.

25 Grille d'entretien en annexe

26 Retranscription des entretiens en annexe.

27 Entretien II

28 Entretien III

psychiatrique, passer pour quelque chose de délirant du côté de l'hypochondrie. Mais qui ne l'est pas systématiquement. Pourquoi ? Parce que la question du corps possède un statut et une représentation qui n'est pas celle de l'occident ».

L'infirmière de l'unité fermée de psychiatrie expose également les différents aspects de la culture. Elle ajoute qu'étant une population souvent religieuse, les migrants expriment leurs émotions selon leurs rites et coutumes de leur culture d'origine. De ce fait, une veuve mexicaine exprimera d'avantage ses émotions (cris, larmes, genoux à terre, imploration,..). Alors que, dans la même situation, une veuve française, mettra des lunettes, restera calme pour exposer le moins possible sa peine au regard des autres²⁹. L'article « la folie ailleurs » exprime également que les comportements psychotiques à nos yeux peuvent être, en réalité, des comportements religieux de grande sagesse.

Dr Kh. indique que l'absence de possibilité de communication pour le patient peut entraîner une multitude de symptômes qui peuvent avoir comme conséquence de fausser le diagnostic : « *Le repli sur soi, le retrait social, le désinvestissement des relations amicales, la tristesse de l'humeur, le contact froid ou l'absence de contact, sont autant de signes en faveur d'une psychose* ». La pose d'un diagnostic est donc un moment crucial dans la prise en soins. Cela fait déjà de nombreuses années que les soignants se soucient des habitudes alimentaires ainsi que des rites autour de la mort mais, pas de la différence entre le symptôme de la culture et le symptôme psychiatrique.

« Comme le définit Lacan, l'inconscience est l'effet du discours sur l'autre. Lors des entretiens et de l'interprétariat, les mouvements transférentiels (interprète – patient) relancent le discours, ce qui va permettre de faire la psychothérapie. Finalement, avoir la possibilité de confronter un patient et un interprète parlant la même langue est déjà thérapeutique. Cela va également permettre au vu de la iatrogénisation, d'inscrire le patient dans le réseau signifiant de sa langue maternelle³⁰ ».

L'infirmière rajoute que, suite à la demande médicale d'interprétariat, elle assiste à l'entretien, afin d'avoir les informations nécessaires à la prise en soins. La famille est également présente afin d'apporter les éléments que le patient ne peut apporter lui-même (hallucination, délire)³¹.

Pour le thérapeute, le traducteur et l'infirmière, l'incompréhension de notre culture entraîne également des troubles dans la prise en soins. Lors du troisième entretien, Mr T m'indique

29 Entretien II

30 Entretien I

31 Entretien II

l'origine du mot traduire : « Etymologiquement, le terme *traduction* et le terme *trahison* trouve la même racine³² ». Il précise également que sans une excellente connaissance de la langue et de la culture, la traduction est souvent erronée, mal traduite et entraîne donc une difficulté supplémentaire pour le praticien.

L'interprétariat, les aumôniers et les soignants de la même origine ou ayant une histoire de vie similaire semblent être privilégiés dans les situations difficiles. De ce fait, le patient se sentira compris et pourra exprimer ses ressentis librement sans croire en l'interprétation ou au jugement des soignants.

L'infirmière m'indique rapidement que l'histoire de vie des patients est souvent dramatique (guerre, viols, agressions multiples). Dr Kh. explique lui aussi que dans les années 1990, la population rencontrée était majoritairement des travailleurs économiques, venus travailler en France³³. Comme le soutient la définition de Dana Diminescu, le tableau recurentiel était, pour ces patients, un syndrome post-traumatique (repli sur soi, extinction de l'activité sexuelle, hypersensibilité au bruit, sentiment d'être seul au monde) les rendant similaires à des « morts/vivants³⁴ ». Cette histoire de vie est souvent découverte lors d'un accident de travail. En effet, malgré les interventions chirurgicales et les hospitalisations en service de médecine, ils étaient dans l'incapacité de retravailler. En psychiatrie, cette incapacité doit être considérée comme symptôme et non pas comme la conséquence de la sémiologie post-traumatique. « Un symptôme prend sens qu'à partir du moment où le sujet lui-même lui donne un sens dans la mesure où il est capable de l'élaborer. » Cette incapacité au travail a pour conséquence, et non des moindres, un nombre incalculable de conflits avec les caisses primaires d'assurance-maladie, et les médecins experts pour l'obtention d'une affection de longue durée. En réalité, l'incident de travail venait réactiver toute l'histoire de l'immigration ; avec pour conséquence, la dette symbolique et la culpabilité (pourquoi je suis parti, question de la filiation, le Nom, que va penser ma famille d'avoir trahi les miens en quittant ma terre et qui plus est, d'avoir donné naissance à mes enfants sur une terre étrangère ? A qui rendre cette dette ? A mes ancêtres, ma culture, mes origines, la république, qui dois-je honorer ?). Ce questionnement va, au sens freudien, entraîner un conflit intrapsychique (division du sujet). Freud dans *totem et tabou*, exprime que même dans des cultures autres que la culture occidentale ou plutôt judéo-chrétienne nous observons la présence d'inscriptions (dans la peinture, la littérature) de l'inconscience dans

32 Entretien III

33 Entretien I

34 Claude Barois, in *Névrose traumatique*

le collectif, d'où l'importance de prendre en compte le groupe social d'origine, et à travers cela la culture même du patient.

Il existe cependant des grandes difficultés partagées par les trois spécialistes de la migration. Des difficultés redoutables, telles la question de la pulsion de mort. « Il y a actuellement, à travers le monde, 45 pays en guerre et la grande majorité de la population accueillie en consultation sont des réfugiés politiques qui souffrent de traumatismes graves (guerre, emprisonnement, torture, actes de barbarie, cauchemar) mais aussi de dépersonnalisation ce qui entrave la prise de parole³⁵ ». Dr Kh exprime ses difficultés lors de ses entretiens. Il indique que l'histoire de vie des patients nous rappelle que nous ne pouvons tomber dans la méconnaissance, le déni et le désaveu liés à la Shoa, l'extermination, la destruction de l'humain, et la question de la vie et de la mort³⁶. Il rajoute que nous ne sommes jamais les premiers, mais toujours les seconds. Pour lui, « être premier, c'est être bouffé par la jouissance ».

Il est également difficile de concevoir les violences qu'ont pu subir les patients. L'intervention des représentations mentales et l'empathie accroissent l'effet de malaise qui peut être généré lors d'une telle prise en soins³⁷. L'infirmier doit-il tout savoir sur ses patients ? L'éthnopsychologue pose le questionnement suivant en guise de conclusion : « Pour pouvoir vivre et également soigner, il faudrait un peu composer avec la pulsion de mort ?³⁸ ».

35 Entretien III

36 Entretien I

37 Entretien I

38 Entretien I

2 - Formulation de la Question de départ définitive

EN QUOI LA SOUFFRANCE POST-TRAUMATIQUE EPROUVÉE PAR UN PATIENT
MIGRANT HOSPITALISÉ EN SERVICE DE PSYCHIATRIE FERMÉ, PEUT-ELLE
INFLUENCER LA QUALITE RESSENTIE DE SA PRISE EN SOINS PAR LES
INFIRMIERS ?

L'identification du problème de recherche a pour variable la souffrance post-traumatique d'un patient migrant. Une deuxième variable est identifiable dans cette problématique qui est la « **Qualité** ressentie».

Deux attributs sont présents : Dans un premier temps, le syndrome post-traumatique, ayant son importance en temps que complément de la souffrance, et également le concept de qualité à travers la « qualité **ressentie**».

La population correspond aux soignants (infirmier diplômé d'Etat et infirmier de secteur psychiatrique) travaillant en service de soins psychiatriques fermés pour adultes.

L'infirmier en ethnopsychiatrie devrait avoir les moyens et outils à sa disposition pour permettre une prise en soins de qualité. L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence les troubles pouvant naître de la migration (entre-autre à travers le syndrome post-traumatique, les

éléments psychotiques ou encore la souffrance. Ces éléments seront utilisés pour observer la qualité de la prise en soins de ce type de patients (correspondant aux valeurs et à l'éthique de la profession infirmière, et en adéquation avec les règles de bonne pratique,).

III - HYPOTHÈSE

La souffrance post-traumatique éprouvée par un patient migrant hospitalisé en service de psychiatrie fermé, entrave la qualité ressentie de sa prise en soins par les infirmiers. Cette affirmation hypothétique qui découle de la question de départ recèle de nombreux éléments, eux-mêmes, issus de la partie exploratoire.

La situation d'appel, le cadre conceptuel et les entretiens exploratoires font émerger la particularité du champ de l'éthnopsychiatrie, domaine très peu connu dans les sciences cliniques infirmières. La mise en évidence de connaissances, d'outils et moyens spécifiques à une langue et une culture données me pousse à poser l'hypothèse suivante :

→ Les soins infirmiers auprès des patients migrants en psychiatrie nécessitent une « compétence culturelle » des infirmiers.

Cette compétence culturelle légitime la fonction d'infirmier en psychiatrie, fait suite à la nouvelle réforme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier (grade licence). Cette notion de compétence est au centre du dispositif de formation. Il s'agit, à ce stade de l'initiation à la recherche, de me concentrer sur la notion de compétence infirmière et de qualité des soins qui en découlent.

Grâce à cette compétence, le soignant sera en mesure d'accepter la souffrance du patient, de le soutenir, et d'établir une relation de confiance. Cette relation de confiance permettra de ne pas entraver la qualité ressentie du patient.

IV - EXPLORATION DE LA QUESTION DE DÉPART

1 - Exploration théorique du problème de recherche

1.1 - Recueil et exploitation de données documentaires

1.1.1 – Méthodologie

La question de départ définitive ainsi que l'hypothèse ont mis en évidence plusieurs idées qui vont me permettre de constituer un cadre conceptuel plus conséquent. L'utilisation d'articles représente l'essentiel des supports de recherche. Cependant, certains éléments théoriques ont été trouvés dans le contenu même de la formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Différents ouvrages ont également été utilisés lors de cette exploration présente dans la bibliographie. De plus, certains extraits de textes législatifs et définitions proviennent de la littérature internationale, d'associations ou d'auteurs ayant approfondis davantage les sujets traités.

1.1.2 – Exploitation des données documentaires

- *Soins Infirmiers*

Pour pouvoir définir au mieux les soins infirmiers, intéressons nous avant tout à la définition du métier même d'infirmier. Le Code de la santé publique française, plus précisément dans l'article L4311-1 définit l'infirmier de la manière suivante :

« Est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui donne habituellement des Soins Infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment

en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ».

Selon le Conseil international des Infirmières (CII) les Soins Infirmiers peuvent se définir par :

« On entend par soins infirmiers, les soins prodigués de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation ».

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le rôle des soins infirmiers par :

« (...) Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé ».

Cet extrait nous présente bien l'importance de la prise en soins des groupes sociaux et de communautés de façon appropriée à tous les aspects des soins de santé. Dans le cadre des patients issus de l'immigration et de cultures différentes, l'éthnopsychiatrie tente à combler les lacunes d'une psychiatrie générale non spécialisée.

- *Législation*

Lorsque le soignant entre en relation avec un patient d'origine étrangère, il ne rencontre pas une culture³⁹ figée et immobile mais, une personne qui met en scène une culture vivante. Il ne s'agit pas d'une prise en soin « optionnelle », mais bien d'une prise en soin basée sur des règles et textes législatifs.

La prise en soins des patients migrants est inscrite dans un premier temps dans la charte européenne du malade usager de l'hôpital adoptée par le comité hospitalier de la communauté Economique Européenne, 1979 : « Le malade usager de l'hôpital a droit au respect et à la

³⁹ La culture est la manière dont un groupe conçoit, exprime, transmet sa spécificité et évolue.

reconnaissance de ses convictions religieuses et philosophiques⁴⁰. ». Dans l'article 45 du décret n°74-27 du 14 janvier 1974, l'accent est mis sur l'exercice du culte et l'accessibilité à ce dernier : « les hospitalisés doivent être en mesure de participer à l'exercice de leur culte ; ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix ⁴¹ ». Dans la charte du patient hospitalisé se trouve la règle suivante :

« L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel⁴² ».

- *Ethnopsychiatrie*

Au vu de l'augmentation constante de la population migrante et de la législation, l'éthnopsychiatrie devient une spécialité implantée dans les services de soins. L'éthnopsychiatrie se définit donc par : « une méthode d'investigation qui s'efforce de comprendre la dimension ethnique des troubles mentaux et celle, psychiatrique, de la culture. La classification des maladies est différente d'une culture à l'autre. [...] L'éthnopsychiatrie se donne pour but de donner un sens culturel à la folie⁴³ ». Mr Roland Jaccard⁴⁴, indique également dans un de ses textes intitulé « La folie ailleurs » que : « Certains comportements parfaitement admis dans une aire culturelle donnée apparaîtront comme pathologiques ailleurs, et inversement ». Il s'agirait d'un domaine où le diagnostic reste extrêmement difficile à évaluer, comme nous l'avons observé dans les entretiens exploratoires.

Les spécialistes de l'éthnopsychiatrie détiennent donc la connaissance de la culture et la migration, mais Jacky Merklings et Solange Langenfeld indiquent dans leur ouvrage à destination

40 www.medethic.com

41 Règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux – Décret n°74-27 du 14 janvier 1974.

42 Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995

43 Retranscription d'un exposé oral de Mme Huguette, oct/nov 84. Écrit, enrichi puis mis à jour par Mr D. Giffard pour le site "Psychiatrie Infirmière" : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/>

44 écrivain, journaliste spécialisé en psychanalyse

des étudiants infirmiers qu'il ne faut cependant en aucun cas connaître toutes les spécificités des différentes cultures :

« Il n'est pas nécessaire que l'infirmier connaisse toutes les spécificités des différentes cultures face à la maladie, à la douleur, à l'intimité ou à la mort. Lorsque la situation le nécessite, il doit en revanche intégrer cette préoccupation dans l'approche relationnelle qu'il mettra en place vis-à-vis de la personne malade. Le questionner ou questionner sa famille sur ce qui est particulier à leur culture vis-à-vis de ces problématiques est une manière très fine de s'intéresser à eux en qualité de sujets et d'amorcer une relation de soins de qualité⁴⁵. »

Georges Devereux ajoute que ce qu'il faut nécessairement connaître, c'est la théorie générale de la culture⁴⁶.

- *La relation soignant/soigné et les savoirs relationnels en ethnopsychiatrie*

La relation soignant/soigné se trouve au cœur du travail à l'hôpital⁴⁷. Nous pouvons définir cette relation spécifique de la façon suivante :

« Lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : Un engagement personnel de l'infirmière, le malade étant accepté sans jugement de valeur tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments ; Une objectivité, pour éviter une déformation de ce qui est vu et entendu ; Un minimum de disponibilité. La relation soignante n'est pas une relation de salon, elle a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions⁴⁸ ».

Il s'agit d'une notion intégrant un bon nombre de concepts importants dans le travail d'un professionnel de santé, telle que la responsabilité soignante ou encore la vulnérabilité⁴⁹. Nous pouvons caractériser cette relation de la manière suivante :

« La relation soigné-soignant est une relation d'inégalité et d'espérance, susceptible de réveiller toutes les quêtes antérieures et tous les conflits qui

45 Psychologie, Sociologie, anthropologie, Unité d'Enseignement 1.1, in Les essentiels en IFSI, Jacky Merklings, Solange Langenfeld, Ed. Masson, Janvier 2010 pp. 230

46 Georges Devereux, in essais d'ethnopsychiatrie générale, Ed Gallimard, déc. 1998

47 Pierrick Briant « Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie », Cahiers de psychologie clinique 1/2007 (no 28), p. 61-68.

48 Marguerite Potier. Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers. Ed Lamarre, 2002

49 Notion définies dans l'étape 1 de ce mémoire de fin d'étude.

peuvent y être liés, relation passant par le corps et s'exprimant par la parole⁵⁰ ».

Il ne peut y avoir de relation soignant/soigné sans connaissances théoriques et pratiques. Anne VEGA, exprime son idée des savoirs relationnels des soignants dans son ouvrage « *soignants/soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers* » de la manière suivante :

« L'apprentissage infirmier consisterait à acquérir à la fois des savoirs biomédicaux et des savoirs partagés avec d'autres professionnels. Ces savoirs relationnels sont souvent « long à acquérir », « peu palpables », « difficiles à évaluer ». Cependant, ils permettent de pallier les sentiments d'abandon et les risques de dévalorisation de son image qui travaillent toute personne malade ou hospitalisée⁵¹ ».

- *Formation des sciences humaines en Institut de Formation en Soins Infirmiers*

L'enseignement des sciences humaines en Institut de Formation en Soins Infirmiers existait déjà bien avant la réforme de septembre 2009. Il s'agissait d'un module transversal (effectué sur les trois années de formation) ayant un volume horaire de quatre vingt six heures trente. Au terme de ces heures plusieurs objectifs devaient donc être acquis par l'étudiant. Entre autre « cerner l'homme comme un être biologique, psychologique et social, percevoir ses propres limites afin d'apporter la réponse la plus adaptée possible aux personnes en demande de soins dans son champ de compétence professionnelle ». Différents cours ont donc été dispensés, et certains concernant l'éthnopsychiatrie (définition de l'anthropologie, comment soigne-t-on dans l'inter-culture ?). Dans le cadre de la nouvelle réforme, l'enseignement des sciences humaines a lieu en première année à travers les unités d'enseignements (UE) 1.1 des semestres un et deux, intitulé *psychologie, sociologie, anthropologie*. Il s'agit de deux unités d'enseignements de 65

50 Sciences humaines / Marcus Enyouma, Nathalie Falcon, Pascal Soubeyrand - 3e édition. - Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2007 – p.122.

51 Anne Vega, in *soignants/soignés pour une approche anthropologique des soins infirmiers*, Ed. de boeck, 2001. Pp 23.

heures de cours magistraux, 30 heures de travaux dirigés. Cet ensemble d'apport représente 5 ECTS sur 180 ECTS obligatoirement acquis pour obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier et le grade licence. Parmi les cours dispensés se trouvent les concepts en anthropologie et ethnologie, mythes et croyances, représentations de la santé et de la maladie, rites et religions... Le contenu des cours est cependant variable d'une IFSI à une autre.

- *Vers une compétence culturelle*

Il existe donc une spécificité de l'infirmier en psychiatrie. Selon Joyce Travelbee (1978), le soin infirmier en santé mentale se définit comme « un service destiné aux personnes affectées par des processus pathologiques d'ordre cognitif ou affectif qui interfèrent avec une vie saine et normale ». En réalité, il ne s'agit pas d'un métier différent, mais bien de compétences de bases associées à des connaissances plus spécifiques en psychiatrie.

Afin de déterminer avec précision s'il existe effectivement une « compétence culturelle », il est intéressant de se questionner sur le terme « compétence » : Guy Le Boterf⁵², définit la compétence comme étant « *la combinaison des connaissances, aux savoir-faire et comportements professionnels nécessaires pour faire face aux situations professionnelles évolutives (...) un savoir opérationnel validé* ». Cette définition soutient l'hypothèse qu'il existerait effectivement une compétence spécifique à l'éthnopsychiatrie et au savoir-faire transculturelle. Etant d'actualité, la compétence, surtout dans le champ des sciences cliniques a pris une place importante depuis la réforme des études en Institut de Soins Infirmiers (2009). La définition suivante met l'accent sur un concept complémentaire à la compétence, la réflexivité : « La compétence peut se définir comme la capacité d'agir efficacement dans un type défini de

52 Expert en management

situations, capacité qui s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas (...)»⁵³ ».

La définition démontre qu'il faut agir efficacement dans un type défini de situations. La connaissance n'est pas le seul mot d'ordre, il faut pouvoir transférer ses connaissances à de nouvelles situations, donc être réflexif. La réflexivité correspond au fait de pouvoir justifier systématiquement nos actes dans différentes situations, mais également à la capacité de transférer des connaissances et des interventions dans tout type de situation.

L'approche par compétence regroupe des processus cognitifs combinant différents éléments. Il s'agit des savoirs théoriques (*connaissances des procédures ou bonnes pratiques, des savoirs-faire et de l'expérience non formalisée*). L'aspect pratique qui est une dimension de ce concept est également décrit par Gérard Malglaive⁵⁴, qui indique que la compétence est un savoir en acte.

La « compétence culturelle » est une notion qui intéresse de plus en plus de soignants exerçant en ethnopsychiatrie. L'association des infirmiers et infirmières du Canada propose la définition suivante :

« La compétence culturelle constitue la mise en œuvre de connaissances théoriques et pratiques, d'attitudes ou de qualités personnelles dont les infirmières ont besoin pour maximiser des relations respectueuses avec divers groupes de clients et avec leurs collègues ».

Selon un article de cette même association, la compétence culturelle ne concerne pas uniquement les soignants au lit du malade, mais bien un établissement entier. Il s'agit d'un ensemble de moyens mis en œuvre afin de permettre une prise en soins efficace des patients migrants (ou d'une population migrante). Par exemple, l'employeur doit créer des environnements propices à la diversité, élément également indiqué dans la charte du patient hospitalisé. D'autres acteurs importants sont mis en avant dans cet article, comme les formateurs qui doivent intégrer les grandes notions et concepts de culturalité dans les études de soins infirmiers. Il semble donc que la compétence culturelle soit l'affaire de toutes les personnes qui transitent autour du malade.

53 PERRENOUD P. Construire les compétences dès l'école, Paris : ESF, 2008. Pp. 188

54 Docteur ès Sciences de l'Éducation

- *La qualité des soins infirmiers et la qualité ressentie par le patient*

La qualité est une notion pluridisciplinaire, introduite dans un premier temps dans le monde de l'industrie. Elle se définit par : « La qualité est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire les besoins explicites ou implicites des utilisateurs⁵⁵ ».

La « qualité des soins » est une notion postérieure à celle de la qualité (du milieu industriel). L'accès aux soins de qualité s'inscrit dans la loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2009. Elle peut se définir par « *la capacité des services de santé à atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment*⁵⁶ ». Donabedian A., nous permet de compléter cette définition. Il écrit que la qualité des soins « *maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice/risque à chaque étape du processus de soins* »⁵⁷.

Actuellement, dans les services de soins, la notion de qualité semble privilégier l'aspect somatique que l'aspect psychique. Cependant, l'impact de ce type de prise en soins influence le ressenti émanant des patients hospitalisés.

Anne Vega indique dans son ouvrage soignants/soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers, que « *malgré des efforts affichés pour humaniser les hôpitaux, le discours et le ressenti des patients sont encore laissés de côté (...).* »

Le cycle de la qualité représente la qualité attendue par un patient. Mais, dans le schéma (présent en annexe), nous observons que la qualité ressentie n'est pas forcément égale à la qualité attendue. De même, la qualité voulue par les soignants n'est pas toujours conforme à la qualité délivrée. La qualité veut que ce qui est attendu par le patient et voulu par le soignant soit conforme aux bonnes pratiques et satisfaisantes pour le patient.

55 Source: ISO 8402

56 Source: Institute of Medicine (2001), Crossing the quality chasm : A new health system for 21st century. Washington DC, National Academy Press.

57 Donabedian A. (1966), "Evaluating the quality of medical care", Milbank Memorial Fund Quarterly ,

V - EXPLORATION DE L'HYPOTHESE

1 - Exploration pratique de l'hypothèse de recherche

1.1 - Méthodologie

Afin d'explorer l'aspect pratique de l'hypothèse, quatre entretiens ont été effectués. Deux entretiens ont eu lieu dans un service de psychiatrie fermé ayant pour habitude de soigner des patients de culture étrangère. Pour récolter des données pertinentes, j'ai fait le choix d'interviewer une infirmière ainsi que la cadre de santé du service (l'infirmière détenant un savoir plus pratique et la cadre de santé, un savoir davantage théorique). Les deux autres entretiens ont été réalisés avec deux infirmières d'un service de psychiatrie fermé, l'une d'un autre service que les deux premiers entretiens, et l'autre dans un autre établissement, moins spécialisé en ethnopsychiatrie.

Dans le premier entretien, l'infirmière m'indique qu'elle n'a pas suivi un cursus ordinaire en soins infirmiers. Elle ajoute qu'après quatre années de formation médicale, elle intègre la

deuxième année de formation en soins infirmiers. Elle rappelle également que le module de science humaine en faculté de médecine est dispensé en cinquième année, et qu'elle ne l'a donc pas suivi.

Le deuxième entretien m'a permis d'avoir l'avis d'un cadre de santé, mais également de connaître son expérience en service de psychiatrie en tant qu'infirmière.

La suite des entretiens a été réalisé avec des infirmières d'autres services afin d'avoir, grâce à l'expérience, l'organisation de service et la population rencontrée, des réponses plus variées.

VI - ANALYSE DES ENTRETIENS

1.1 - Exploration des données d'enquête

La synthèse qualitative des réponses recueillies est présentée en annexe de ce travail de fin d'études.

1.2 - Analyse des entretiens

→ La psychiatrie

Nous ne choisissons pas toujours une spécialité de soins par hasard. Pour les quatre infirmières, le choix de la psychiatrie est arrivé quasiment d'emblée. Tout d'abord, elles portent un intérêt particulier aux pathologiques et aux modes de prises en soins de ce type de population : « ce sont des patients qui ont un côté imprévisible et atypique, avec un parcours de vie difficile⁵⁸ »

58 Entretien I

explique Mme T. Elle ajoute qu'au vu de son parcours spécifique, « le champ de la psychiatrie se rapproche le plus de la médecine sur un plan sémiologique, ainsi que par les observations⁵⁹ ». Dans ce sens, Melle E explique que dans la psychiatrie « il y a une importance des soins relationnels et de la thérapeutique⁶⁰ ». Dans l'interview deux, trois et quatre, Mme V (cadre de santé), Melle E et Mme N indiquent que cette spécialité les intéressait déjà lors de la formation initiale par le biais des stages : « j'étais déjà intéressé par la psychiatrie lors des stages⁶¹ », « j'ai effectué des stages à l'IFSI qui ont été très intéressants⁶² », « (...) j'avais fait un stage ici, en deuxième année, et ça m'a toujours plu⁶³ ». Dans le cas de l'infirmière cadre de santé, l'objectif premier, à la sortie du diplôme d'Etat d'infirmière était d'entrer dans un service plus technique. Elle explique que « lors de ma sortie du DE, trois postes étaient vacants dans ce service et à pourvoir rapidement. Donc je suis venu ici de manière temporaire et voyez ce que cela est devenu... du temporaire qui a duré⁶⁴ ». Mme T intervient et indique qu'elle a un certain âge, un âge qui lui a permis de travailler en psychiatrie « mon âge entraîne une forme de compréhension et d'empathie qui me pousse dans cette voie⁶⁵ ».

Dans les entretiens, les infirmières se sont exprimées sur les spécificités, du travail en psychiatrie. « L'approche psychiatrique n'est pas la même que le somatique. Le mode de vie, la culture est parfois complètement différente, dans certaines cultures, les patients s'expriment de façon différente, plus exacerbé⁶⁶ ». Une autre infirmière indique que l'approche est différente par les pathologies rencontrées et par les modes d'hospitalisations particuliers⁶⁷. L'importance des soins relationnels ressort également d'un des entretiens « les soins relationnels sont les soins qui priment en psychiatrie⁶⁸ ». L'infirmière cadre de santé ajoute « qu'étant dans un hôpital universitaire, une approche plus somatique existe que dans d'autres services ». Elle met l'accent sur la multi dimensionnalité des soins et sur la complexité du travail de cadre dans ce type de service. Complexité qui naît de l'importance du travail en réseau (IDEL⁶⁹, psychologues,

59 Entretien I
60 Entretien III
61 Entretien II
62 Entretien III
63 Entretien IV
64 Entretien II
65 Entretien I
66 entretien I
67 Entretien III
68 Entretien II
69 Infirmière Diplômée d'Etat Libérale

médecin somaticien). « Il faut toujours penser continuité des soins⁷⁰ ». Dans le quatrième entretien, l’infirmière indique qu’en psychiatrie, il y a une prise en soins globale du patient : « tu ne peux pas t’éloigner de l’histoire du patient, il y a aussi les familles, parfois plus ou moins présentes. Il y a donc vraiment une prise en charge globale, que moi je trouve plus établi en psychiatrie qu’ailleurs⁷¹ ». La pluridisciplinarité est exprimée par plusieurs infirmières. « Les échanges entre collègues permettent également d’être plus objectif⁷² », « Beaucoup de temps de paroles et de concertations. Il s’agit d’un vrai travail d’équipe⁷³ ». Les entretiens infirmiers sont également une des particularités de la psychiatrie. « Après, il y a tout le volet des entretiens infirmiers. Très spécifique à la psychiatrie, il s’agit d’un temps de soins établi qui nécessitent la connaissance et l’utilisation de certaines méthodes et techniques, mais qui est aussi en même temps très relié à ton approche personnelle⁷⁴ ».

→ Ethnopsychiatrie

Toutes les infirmières interviewées disent avoir eu à prendre en soins des patients migrants dans leur service et que cette prise en soin est spécifique.

Barrage linguistique

L’une des spécificités exprimée en premier est la différence linguistique souvent vécue difficilement par les soignants « dans plusieurs situations compliquées, le plus difficile est la barrière de la langue⁷⁵ », « Parfois le barrage de la langue a un côté limitant⁷⁶ ». L’infirmière cadre de santé précise que la relation est d’emblée complexe dans le cadre de différence linguistique. Comme nous avons observé dans la phase exploratoire, le patient présente une

70 Entretien II
71 Entretien IV
72 Entretien I
73 Entretien II
74 Entretien IV
75 Entretien IV
76 Entretien I

désorganisation de la langue apprise, ce qui complexifie la compréhension⁷⁷. Et cela lorsque qu'il s'agit de la même langue que les soignants.

Elle précise qu'il y a possibilité de faire appel à des interprètes, mais ils ne peuvent pas venir de suite. Mme N ainsi que Mme V m'informent sur le fait qu'il existe des listes de personnes parlant une langue étrangère mais qu'il existe des difficultés à les faire intervenir dans les services. « (...), Si non il existe une liste de soignants parlant des langues étrangères présents à l'hôpital que tu peux consulter. Mais le temps de contacter la personne..."⁷⁸ ». Un autre inconvénient des soignants traducteurs de cette liste est la maîtrise de la langue : « Mais en psychiatrie ce n'est pas facile du tout, ce ne sont pas des informations du quotidien. Il faut quand même avoir une maîtrise de la langue suffisamment poussée⁷⁹ ». Sur le site internet www.migrationsante.fr, la définition des fonctions de l'interprète ainsi que les connaissances qu'il doit maîtriser sont indiquées de la façon suivante : « les fonctions assumées par l'interprète exigent la connaissance attestée des langues, de la société d'origine, de la société d'accueil, comme des vécus des populations dans l'immigration ».

L'utilisation de l'interprétariat est présentée comme étant indispensable dans les services hospitalisant des patients migrants. Mais semble bien réservé à l'usage médical « souvent l'interprète est utilisé par le médecin⁸⁰ » et est difficile à mettre en place. « Ce n'est pas forcément facile de faire venir un interprète⁸¹ ». Comme nous l'avons découvert dans le cadre conceptuel de la partie exploratoire l'interprétariat est : « *un moyen permettant aux acteurs de santé et du social d'exercer pleinement leur fonction de soignant ou de travailleur social*⁸². » Malgré les difficultés rencontrées pour faire venir un interprète en service de soins, l'interprétariat reste un outil indispensable à une bonne prise en soins.

Barrage lié aux conceptions et compréhension de la culture

Mme V pointe un second problème souvent présent dans la prise en soins. Il existe un barrage lié aux croyances et aux concepts. Elle m'interpelle sur le fait de faire bien attention à ne pas rester cloîtré dans des idées préconçues ou sans un minimum d'ouverture d'esprit, « il faut essayer de

77 Mr R, théologien (partie exploratoire de ce Mémoire de Fin d'Etudes)

78 Entretien IV

79 Entretien IV

80 Entretien II

81 Entretien IV

82 www.migrationsante.org (visité le 10/09/2012)

comprendre ce qui se trame. Pas vouloir à tout prix avec nos convictions occidentales intervenir comme on interviendrait en mettant tout de suite des thérapeutiques en place ». Mme N indique également qu'il est très difficile en psychiatrie, de repérer l'expression d'un délire. Elle ajoute, en dehors de l'entretien, que l'une de ses patientes ayant vécue en Afrique de nombreuses années, tenait à mettre une veste malgré les 30 degrés extérieurs. Il ne s'agissait pas d'un symptôme de délire, mais bien d'une sensation de froid à une température bien inférieure aux températures africaines auxquelles elle était habituée. Comme indiqué dans le cadre conceptuel, Roland Jaccard exprimait l'existence de difficulté à observer l'aspect psychiatrique de l'aspect culturel : « *Certains comportements parfaitement admis dans une aire culturelle donnée apparaîtront comme pathologiques ailleurs (...)* ». Cette différence de culture est mise en avant dans l'entretien IV. L'infirmière précise que : « Quelqu'un qui a une autre culture, ne développera pas du tout les mêmes angoisses et les mêmes symptômes⁸³ ». « (...) Comme dans la culture Turque, où il y a une importance considérable du rapport à la famille et à l'exercice du rôle parental, il y a pleins de gens qui peuvent considérer cela comme relevant du pathologique si la situation est extrême⁸⁴ ». Les conceptions du soin sont également différentes et il faut les prendre en compte. « Il faut s'adapter aux conceptions et aux croyances des autres. Il s'agit d'un des barrages⁸⁵ ».

Dynamique familiale et environnement d'origine.

Mme V présente un cas clinique. L'un des patients hospitalisé dans son service est pris de délires intenses. Cependant la famille est en contradiction totale avec les médecins. Pour eux, leur enfant a un don. L'infirmière cadre de santé précise qu'il faut aussi bouger un minimum nos convictions et ne pas d'emblée mettre en place un traitement, et cela même dans le cas d'une schizophrénie grave. Elle ajoute que « la famille n'adhérerait pas à la prise en soins (...) il faut y aller en finesse et à tâtons⁸⁶ ». L'importance est de travailler main dans la main, « peu importe les symptômes, il faut essayer de comprendre ce qui se trame⁸⁷ ». En ce qui concerne les patients souffrants d'un syndrome post traumatique, il semble qu'il y ait aussi une partie de connaissance géopolitique que l'on ne maîtrise pas et qui bouleverse la prise en soins.

Relation soignant/soignée

83 Entretien IV

84 Entretien IV

85 entretien II

86 Entretien IV

87 Entretien IV

La mise en confiance est importante, surtout avec des patients de langues différentes. Lors de l'entretien III, l'infirmière exprime son idée sur l'importance de l'environnement non familial. Les patients étant isolés du milieu habituel, il faut avoir le souci de les mettre en confiance, de les rassurer, ils doivent comprendre qu'ils sont ici pour être soignés, et qu'il s'agit d'un hôpital⁸⁸. « Malgré les soucis existants dans leurs pays d'origine, il est important d'indiquer qu'ici, c'est un hôpital⁸⁹ ». Lors des entretiens, les éléments de la définition de la relation soignant/soigné sont indiqués. Entre autre le fait d'accepter le malade sans jugement, le fait qu'il faut un engagement de la part de l'infirmière en service, et l'importance du soutien de la population soignée. Selon les caractéristiques de la relation soignant soigné, l'inégalité est une notion présente. En effet l'histoire de vie dramatique plonge les patients dans une vulnérabilité très importante.

Gestion des difficultés en ethnopsychiatrie

Toutes les soignantes indiquent qu'il y a des difficultés de prise en soins avec cette population. Elles utilisent toutes les quatre, le terme de frustration pour définir le sentiment de ne pas arriver à soigner comme elles le veulent « ce ne serait pas leur conception du prendre soin⁹⁰ ». En effet, le manque de connaissances sur la culture, parfois le manque de suivi post hospitalisation, le sentiment d'échec et de ne pas exercer son travail comme il se devrait dans sa globalité, sont, par conséquent un sentiment partagé par les soignantes. Au-delà des difficultés liées à la langue, il y a une difficulté à cerner un projet de soin abouti. « Il est très frustrant pour un soignant de ne pas pouvoir s'entretenir avec un patient qu'il prend en soins⁹¹ », ce qui est le propre du travail en psychiatrie. Le travail en équipe est un point central dans la gestion de ces difficultés. Afin de connaître au mieux les éléments culturels que l'on peut rencontrer en service, l'équipe de soins prend une place de soutien et apporte ses connaissances à tout le reste des soignants qui prennent en charge le patient migrant. « Il faut faire le relais aux autres collègues parfois d'autres origines⁹² ». Pour gérer les difficultés inhérentes à la prise en soins des patients, Mme T dit que l'anglais est un outil utile. Mme V met l'accent sur le non verbal et le fait d'avoir une présence rassurante. Mme N s'exprime à ce sujet dans les termes suivants : « Je me suis posée la question, et j'ai tenté de me renseigner sur les liens éventuels, sur les codes culturels et comment les gens vivaient cela...⁹³ ».

88 Entretien III

89 Entretien III

90 Entretien II

91 Entretien II

92 Entretien I

93 Entretien IV

→ Formation des professionnels

Deux infirmières sur quatre pensent avoir eu des éléments concernant l'éthnologie, l'anthropologie et les soins aux patients migrants. Mais ces éléments ne dépassent pas un simple cours sur l'alimentation et les rites mortuaires⁹⁴ ou sur les cérémonies et moments de transe africains⁹⁵. Mme V rajoute qu'il s'agissait d'un module optionnel. Pour les deux autres soignantes, aucun cours n'a été dispensé à l'institut de formation en soins infirmiers.

Le bagage proposé par l'IFSI semble être insuffisant par rapport à ce qu'attendaient les quatre infirmières. Mais Melle E indique qu'il n'est pas possible d'être exhaustif à l'IFSI. « C'est aussi à nous d'être intéressés à la culture de l'autre⁹⁶ ». Les quelques cours dispensés permettent tout de même d'être sensibilisés sur le sujet, et de savoir que cela existe⁹⁷. D'après Mme V, en dehors des connaissances apportées par l'école « ce qui m'a aidé, c'est l'expérience des psychiatres⁹⁸ ».

Seule Mme E a fait une formation continue (*alimentation, culture et religion*). L'infirmière cadre de santé indique qu'il existe des sessions proposées aux soignants au niveau institutionnel. Elle ajoute « qu'il n'y a pas forcément de demande de la part des soignants. D'autres choses sont prioritairement ciblées⁹⁹ ». Les connaissances en sciences humaines varient d'une école à une autre. Mais dans la nouvelle réforme des études conduisant au diplôme d'infirmier, deux unités d'enseignements y sont entièrement consacrées (*UE 1.1 psychologie, sociologie, anthropologie*). Il me semble important ici de rappeler ce que Georges Devereux indiquait lui-même à savoir qu'il n'est pas nécessaire de connaître tout sur tout, mais uniquement la théorie générale de la culture. Cependant, il est important de s'intéresser aux patients migrants en qualité de sujet et amorcer une relation de soins de qualité¹⁰⁰.

→ Compétence culturelle

Les quatre définitions de la compétence font ressortir le côté réflexif. « Capacité d'adaptation¹⁰¹ », « savoir dans une situation donnée rassembler toutes ses connaissances, savoir être, capacité relationnelle, dans un but donné et qui s'acquiert dans une situation donnée¹⁰² ».

94 Entretien III

95 Entretien II

96 Entretien III

97 Entretien II

98 Entretien II

99 Entretien II

100 Jacky Merklings et Solange Langenfeld, les essentiels en IFSI.

101 Entretien I

102 Entretien II

Mais la notion de compétence est également complétée par le fait de se remettre en question, de pouvoir agir et changer sa façon de travailler¹⁰³ ».

L'existence d'une compétence culturelle ne va visiblement pas de soi. Dans le premier entretien, Mme T indique qu'une compétence culturelle n'est pas donnée à tout le monde, et qu'il s'agirait d'un « non jugement » de la personne de culture étrangère. L'infirmière cadre de santé exprime le fait qu'elle ne s'est jamais posée la question s'il existe ou non une compétence culturelle. Elle ajoute que « dans la mesure où elle pourrait regrouper des capacités qui relèveraient du relationnel, peut-être des capacités d'analyses aussi, dans certaines situations et également des connaissances, à ce moment, nous pourrions parler de compétence culturelle¹⁰⁴ ». Melle E ne pense pas qu'une compétence culturelle existe à proprement parler, mais indique « qu'il s'agirait plutôt d'une ouverture d'esprit que certains ont et que d'autres n'ont pas¹⁰⁵ ». Elle complète ses dires en ajoutant que « certains ont une curiosité » et que dans notre métier il est indispensable de savoir ce qui se passe chez les autres ».

Les quatre soignantes affirment cependant qu'une compétence culturelle a des intérêts. La compétence culturelle permettrait une meilleure prise en soins « , une meilleure connaissance et visualisation de ce qui est de l'ordre du pathologique et du non pathologique, et d'être plus fin dans le discernement. L'entretien deux, quant à lui, apporte un élément supplémentaire « s'approprier dans certaines situations de soins une certaine expertise et de pouvoir répondre au mieux aux demandes du patient¹⁰⁶ ». Mme N pense que cette compétence culturelle permettrait de sensibiliser encore plus à l'importance de l'aspect culturel dans la prise en charge d'une personne, d'avoir un minimum de piste, de réflexes, en vue d'améliorer la prise en soins.

Pour acquérir une compétence culturelle, Mme T indique qu'il faut de l'expérience, de l'information, de l'apprentissage, des échanges, et apprendre du patient (à travers l'intérêt que l'on porte à sa culture). La cadre de santé poursuit en exprimant cette idée que l'ethnologie devrait être abordée en formation initiale puis proposée en formation continue. Elle rajoute : « je pense avoir acquis un minimum de « compétence culturelle » grâce à l'expérience et aux situations rencontrées. (...) Le partage de connaissances a une grande place, ainsi que les analyses de pratiques professionnelles lors des réunions¹⁰⁷ ». Lors de l'entretien II, j'ai

103 Entretien I
104 Entretien II
105 Entretien III
106 Entretien II
107 Entretien IV

questionné l'infirmière cadre de santé sur la possibilité ou non d'évaluer ce type de compétence sur le terrain. Après un moment de silence, elle me répond : « nous arrivons bien à évaluer des compétences relationnelles. Alors oui, à mon sens, elle pourrait être objectivable. Une compétence s'acquiert en situation, alors à nous aussi, lors d'encadrement de proposer des situations afin d'évaluer cette compétence. Comme par exemple évaluer le déroulement d'un entretien avec un patient migrant, ou la sortie, ou un entretien avec des critères bien définis¹⁰⁸. Dans le dernier entretien, l'infirmière indique que chaque personne peut acquérir une « mini compétence ». Dans le cadre d'une compétence culturelle, le fait d'avoir réalisé un travail de fin d'étude sur le sujet du deuil selon les rites et cultures permettrait déjà d'avoir une compétence dans ce sujet. Donc, pour valider une « compétence culturelle » sur le terrain, l'analyse de situation et de pratique professionnelle peut déjà être le support d'une évaluation de compétence.

→ Qualité des soins

La notion de qualité des soins a été définie par les infirmières interviewées de façon très différente. Cependant pour les quatre entretiens, l'importance est mise sur le respect des règles d'hygiènes « comme dans le somatique », de sécurité, d'efficience. D'après le premier entretien, « il n'y a pas toujours des résultats dans la psychiatrie alors que dans le somatique cela existe d'avantage ». Mme N, ajoute cependant qu' « ici en psychiatrie, c'est un hôpital. Tu peux être amené à prendre en charge des patients avec des plaies ouvertes, fibrineuses... Je ne vois pas pourquoi parce que tu es en psychiatrie, tu ne devrais pas être moins rigoureux sur ce genre de critères¹⁰⁹ ». Elle indique également que la qualité des soins c'est aussi d'essayer d'allier la compétence technique avec une qualité relationnelle.

Le lien entre qualité des soins et compétence culturelle semble également évident. « C'est la rencontre avec la personne et la consistance de la rencontre. Parce que dispenser un soin sans prise en charge de l'aspect culturel ce n'est pas la qualité des soins¹¹⁰ ». Mme T pense que nous ne serions pas thérapeutique si nous ne comprenons pas le patient (culture, langue). Dans l'entretien II et III, les infirmières pensent toutes les deux que plus la compétence est développée, plus la qualité sera meilleure.

L'aboutissement d'une compétence culturelle sur la qualité ressentie du patient serait

108 Entretien II

109 Entretien IV

110 Entretien IV

l'amélioration de l'écoute et de la confiance entre soignant et soignée. « Un patient qui peut se rendre compte que le soignant est attentif à son histoire et à sa culture, c'est forcément un patient qui va se sentir considéré. Pour moi c'est un item très important dans la qualité des soins¹¹¹ ».

Concernant la qualité délivrée, le soignant peut estimer connaître davantage son patient, d'être rapide et efficace dans les soins. Le soignant aura un ressenti positif¹¹² sur la prise en soins et sera donc très aidant pour l'évolution de l'état de santé du patient¹¹³. Il semble donc que la qualité des soins et la compétence culturelle se complètent dans la prise en soins des patients migrants.

L'hypothèse exprimée en amont indiquait l'idée que les soins infirmiers en ethnopsychiatrie nécessiteraient une compétence culturelle. Le concept même de compétence culturelle n'est pas inscrit parfaitement dans l'esprit des soignants, mais les entretiens menés ainsi que le cadre conceptuel indique bien qu'une compétence culturelle entraîne une meilleure qualité des soins ainsi qu'un ressenti amélioré de la part des patients migrants hospitalisés en psychiatrie. Par ce biais, il semble bien, que la souffrance post traumatique éprouvée par un patient migrant entrave la qualité ressentie et la prise en soins. Mais une bonne maîtrise des éléments théoriques sur la culture du patient, l'appel aux personnes ressources, une relation soignant/soignée adaptée et un intérêt pour l'analyse de situation ayant été difficile permet d'améliorer la qualité ressentie par le patient et donc de réduire les difficultés issues de la souffrance post-traumatique.

111 Entretien IV

112 Entretien II

113 Entretien IV

VII - CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les soignants occidentaux et les patients migrants, possèdent, chacun d'eux, une enculturation propre, des représentations sur l'environnement, sur la maladie différente et le rapport qu'ils ont avec la culture d'origine, est non pas contradictoire, mais dissemblable. Lors d'une situation transculturelle, les bases même des connaissances changent (la langue, le rapport à la famille et au monde qui nous entoure).

L'importance de laisser le patient exprimer sa culture est primordiale. L'infirmier devrait pouvoir mettre en œuvre, dans la mesure du possible, tout dispositif afin de laisser le patient dans ses habitudes culturelles et de lui permettre la mise en place d'un « lien » thérapeutique de confiance, et mettre en évidence les éléments sémiologiques des éléments culturels. Par exemple en analysant les différentes situations de soins, en étant réflexif ainsi qu'en faisant appel dès que nécessaire à du personnel compétent (interprètes, psychothérapeutes, ethnopsychiatre). Ce type de comportement soignant demeure largement professionnel car il s'inscrit dans l'idée de la compétence culturelle. Le terme de compétence culturelle reste cependant flou dans l'esprit des soignants et ne va pas de soit. Mais les professionnels ayant été interviewés semblent en accord avec l'idée qu'une compétence culturelle améliorera la prise en soins, la qualité et le ressenti des patients hospitalisés en psychiatrie. Dans ce type de situation, l'équipe et l'expérience des différents membres gravitants autour des patients ont une importance primordiale et aident à la prise en soins.

Les entretiens menés ainsi que les éléments théoriques issus de la littérature ont mis en évidence l'importance de l'interprétariat dans l'ethnopsychiatrie. Cependant, cette méthode semble être privilégiée par le champ médical et n'est pas proposée dans le cadre des entretiens infirmiers. Cette méthode permettrait de légitimer la fonction d'infirmier face au corps médical et d'améliorer les pratiques soignantes. Il s'agit d'un sujet vaste, d'actualité, qui mériterait un travail de recherche plus approfondi.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Serge Tribolet, Mazda Shahidi. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques Ed. Heures de France, 2005.
- Freddy Klopfenstein. Humanitude. essai, Genève, Ed. Labor et Fides, 1980.
- Prouff, Jacques. Comprendre les cas concrets en psychiatrie. Ed. Heures de France, 1995 Pp. 168 – pp 170.
- T. Lemperière, A. Féline, J. Adès, P. Hardy, F. Rouillon. Psychiatrie de l'adulte. Ed. Masson, 2006.
- Bougot Badji. La folie en Afrique, une rivalité pathologique. Ed. L'armattan, 1993
- Tison B, Hervé-Désirat E. Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle. Masson, 2007
- Jacky Merklings, Solange Langenfeld. Psychologie, Sociologie, anthropologie, Unité d'Enseignement 1.1, in Les essentiels en IFSI. Ed. Masson, Janvier 2010 pp. 230.
- Georges Devreux. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Ed Gallimard, déc. 1998.
- Tobie Nathan, Le sperme du Diable. Eléments d'ethnopsychothérapie. Paris, P.U.F., 1988.
- Tobie Nathan, L'influence qui guérit. Paris, Odile Jacob, 1994.
- Tobie Nathan, I. Stengers, Médecins et Sorciers, Syntélabo, 1995.
- S. Freud, Totem et tabou (1912-1913), trad. M. Weber, Paris, Gallimard, 1993
- Fouraste R, Introduction à l'ethnopsychiatrie, Toulouse, Privat, 1985.
- Nathman T, La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris, Dunod, 1986.
- Anne Vega, Soignants/Soignés, pour une approche anthropologique des soins infirmiers, Liège, De Boeck, 2004
- Claude Barrois, Les névroses traumatiques, le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques, Dunod, 1998.
- [Serge Daneault](#), [Véronique Lussier](#), [Suzanne Mongeau](#), [Eric J. Cassel](#), Souffrance et médecine, Presses de l'Université du Québec, 2006
- Laurent Morasz, Prendre en charge la souffrance à l'hôpital, collection psychothérapies, Dunod, 2003.

Articles

- Paul Claveirole, La folie puerpérale depuis Louis-Victor Marcé. article, journal français de psychiatrie 2004/2 n°22 pages 7 à 10
- La relation thérapeutique en situation transculturelle, A. Junod, D. Papeta, J. Ballereau, HP. Moutet, Médecine d'Afrique Noire : 1991, 38 (<http://www.santetropicale.com>), consulté le 20 Avril 2012.
- Soins Aides Soignantes, accompagner les patients de cultures différentes N°37 - décembre 2010 - pp 1 à 12
- Philippe Svandra, Un regard sur le soin, In *Recherche en soins infirmiers* (publication de l'ARSI), N° 95, Décembre 2008, p. 6 – 12
- La folie Ailleurs, Roland Jaccard, www.psychiatriinfirmiere.free.fr (visité le 20 Mai 2012).

Texte Officiel

- Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.

Dictionnaires

- [American Psychiatric Associati](#), DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, 2003.
- Roland Doron, Françoise Parot, Dictionnaire de psychologie, ed PUF, Octobre 2009

Internet

- <http://www.ethnopsychiatrie.net>
- www.poleressources95.org (7.9.2012 à 15h00)
- <http://www.migrationssante.org>
- <http://www.has-sante.fr>
- www.medethic.com
- psychiatriinfirmiere.free.fr

ANNEXES

1 - Grille d'entretiens exploratoires

Infirmiers

Dans votre pratique, avez-vous déjà rencontré des patients migrants ?

La culture d'origine prend-elle une place importante dans la prise en charge des patients migrants dans les services où vous travaillez ?

Quelles difficultés peut-on éprouver lors de la prise en soins d'un(e) patient(e) de culture étrangère ?

Interprète

Dans votre pratique, avez-vous déjà rencontré des patients migrants ?

Quelles difficultés peut-on éprouver lors de la prise en soins d'un(e) patient(e) de culture étrangère ?

La culture d'origine prend-elle une place importante dans la prise en charge des patients migrants dans les services où vous travaillez ?

Ethnopsychologue

Dans le cadre de votre pratique, la transculturalité prend-elle une place importante dans la prise en soins des patients migrants ?

Quelles difficultés peut-on éprouver lors de la prise en soins psychiatrique d'un patient de culture étrangère ?

2 – Schéma du cycle de la qualité des soins¹¹⁴

114 Source : ANAES-1999

3 - Grille d'entretien

- Service
- Age
- Sexe
- Année d'obtention du DE
- Nombre d'années exerçant dans le service de soins
- Pourquoi avoir choisi le champ de la psychiatrie ?
- Quelles sont les spécificités du travail en psychiatrie ?

Ethnopsychiatrie

- Avez-vous eu à prendre en soins des patients migrants ?
- Quelles sont les spécificités des soins auprès de cette population ?
- Existe-t-il une particularité dans la relation avec cette population ?
- Est-ce que vous avez des difficultés dans la prise en soins des patients de culture étrangère ?

Si oui, comment gérer ces difficultés ?

- Qu'avez vous ressenti quand vous avez rencontré ces difficultés ?

Formation

- Lors de votre formation, avez-vous eu des cours sur les soins aux patients de culture étrangère ? Si oui, quels types de cours ?
- Est-ce un bagage suffisant pour aborder ce type de population lors de votre exercice ?
- Avez-vous des formations continues en ethnopsychiatrie dans votre établissement ? Si oui, quels types de formation, sujet ?

Compétence culturelle

- Comment définissez-vous le terme de compétence ?
- Existe-t-il, selon vous, une compétence culturelle ?
- Quel est l'intérêt d'une compétence culturelle ?
- Selon vous comment acquérir une compétence culturelle ?
Question cadre de santé :
- Est-ce possible, selon vous, d'évaluer ce type de compétence sur le terrain ?

Qualité des soins

- Comment définissez-vous la qualité des soins ?
- Existe-t-il un lien entre la qualité des soins et « compétence culturelle » ?
- Selon vous, quel est l'aboutissement d'une compétence culturelle :
 - sur la qualité ressentie du patient ?
 - sur la qualité délivrée du soignant ?

-

