



www.em-consulte.com/produit/saso

AIDES Soignantes



Accompagner les patients de cultures différentes



Fiches réalisées en partenariat avec la MNH



Accompagner les patients de cultures différentes



© Axel Graux

- 1/6. Les étapes de vie et leurs spécificités culturelles
- 2/6. Approche de l'hygiène et des soins au corps à travers les cultures
- 3/6. Communiquer en situation transculturelle
- 4/6. Approche interculturelle de la maladie mentale
- 5/6. La place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital
- 6/6. Acquérir et développer la compétence interculturelle pour une pratique éclairée

1/6 Les étapes de vie et leurs spécificités culturelles

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.

Ensemble des éléments distinctifs, spirituels, matériels, intellectuels et affectifs d'une société ou d'un groupe, la culture est non seulement une enveloppe identitaire qui influence les comportements et les modes de vie, mais également une grille de lecture des valeurs, traditions et croyances qui trouvent leur sens lors des principales étapes de la vie.

La maternité

La maternité est entourée de nombreuses croyances amenant les femmes et leur entourage à mettre en œuvre certains rituels.

■ **L'annonce de la grossesse** se fait généralement après le 3^e mois pour ne pas exposer la femme au "mauvais œil" et risquer la fausse-couche, bien qu'en Occident cette dernière soit plus expliquée par des phénomènes physiologiques que magiques. Dans le judaïsme, une grossesse qui représente un danger pour la santé de la mère peut être interrompue. En Asie, la déclaration de la grossesse a lieu quand celle-ci devient visible¹.

■ **L'accouchement** renvoie la femme aux valeurs traditionnelles et aux représentations de sa culture d'origine. Accoucher en terre étrangère est un moment de grande solitude pour une femme qui ne peut parler de ses craintes à ses proches.

■ **La césarienne et l'épisiotomie** sont mal perçues dans certaines cultures africaines et la femme peut être répudiée par son conjoint et rejetée par son groupe social.

■ **La présence du père lors de l'accouchement** est fréquente en Occident. Il peut même aider à couper le cordon. Le père est également présent en Turquie, par exemple, tandis que dans les pays africains, c'est, de manière générale, surtout une "affaire de femmes". Aujourd'hui, en France, la parturiente peut d'ailleurs être assistée d'une Doula², accompagnante à la naissance.

■ **À la naissance**, le bébé fait l'objet de toutes les attentions et beaucoup prévoient sa protection contre les esprits envieux et néfastes. Dans l'islam, le père chuchote à l'oreille du nouveau-né l'appel à la prière.

Une main de Fatma peut être épinglée à sa brassière. En Asie, le nouveau-né est considéré comme déjà âgé d'un an car la vie commence dès la conception mentale des parents. Un fil de couture tressé est mis à son poignet, symbole d'attachement entre l'es-

prit d'une réincarnation et le corps, bâti à partir de celui de la mère, ne formant qu'une seule entité pour commencer une existence.

■ **L'allaitement maternel** est prôné partout dans le monde pour de multiples raisons. Au Maghreb, la femme allaite facilement car la croyance veut que son enfant soit plus affectueux grâce à cela. En Afrique, comme en France auparavant, la mère allaite seulement après la sécrétion du colostrum car celui-ci est considéré comme néfaste³. Actuellement, en France, l'allaitement est encouragé, notamment les trois premiers jours car le colostrum est riche en anticorps. En Asie centrale, les bébés sont encore allaités à 12 mois, mais, parmi eux, peu le sont de manière exclusive.

■ **Les soins au nouveau-né** ont une dimension symbolique et sociale. Ils préparent l'avenir de l'enfant et le façonnent selon les critères de sa société. Au Maghreb, les soins de cordon se font avec du henné et l'em-maillotage du nouveau-né est pratiqué pour que ses os soient "droits". Le bébé dort blotti contre sa mère, comme en Afrique de l'Ouest. Au Vietnam, le bébé est porté toute la journée par sa mère. Un couteau et une baguette, posés à côté de lui, le défendent contre les dangers.

De l'enfance à l'âge adulte

■ **Les stades du développement sensori-moteur de l'enfant** sont universels dans leur séquence d'apparition, mais le rythme opé-



©Jania Hagemeister/Elsevier Masson SAS



©Tania Hagemeyer/Elsyler Masson SAS

ratoire montre des variations selon l'environnement⁴. Ainsi, l'enfant hindou, aidé par les techniques de portage, peut se tenir assis sans appui dès le 50^e jour.

■ **Les "rites de passages"** accompagnent les étapes de vie dans toutes les sociétés. Ils sont :

- **religieux** : baptême et communion, par exemple, chez les catholiques, circoncision du garçon chez les musulmans et les juifs qui inscrivent l'enfant dans sa communauté et sa descendance ;

- **sociaux** : obtention de diplômes, accession à la majorité, premier emploi et parentalité sont des signes d'avancée. En Asie, la fête du 100^e jour de vie et la fête de "la fin du berceau" à un an (étape palliant l'angoisse de séparation pour l'enfant qui peut désormais dormir seul) inscrivent l'enfant dans sa destinée⁵ ;

- **biophysiques** : la puberté et la ménopause sont des étapes porteuses de représentations spéciales.

La vieillesse

À la fois processus biologique et catégorie sociale, la vieillesse génère des stratégies d'évitement ou de valorisation selon les cultures. Pour les chrétiens, la personne âgée est riche d'une expérience acquise par le poids des années. Dans l'islam, prendre soin de ses parents vieillissants est un honneur et une opportunité de grande croissance spirituelle. Les femmes sont particulièrement honorées. En Afrique, les premiers cheveux blancs et la diminution des forces physiques annoncent la vieillesse. Les personnes âgées suscitent respect, sagesse et savoir. Au Japon, elles sont incitées à s'exiler pour connaître une vie meilleure.

La fin de vie et la mort

L'accompagnement de fin de vie dans le respect des rites et des croyances du patient procure un apaisement à celui-ci et à sa famille.

■ **Dans le christianisme**, la mort représente un commencement et le passage vers la vie éternelle. Le sacrement des malades (appelé extrême-onction auparavant) vise le pardon des péchés et le réconfort de la personne.

■ **Dans le judaïsme**, mourir est également le moment de se faire pardonner ses fautes. Étape purificatrice qui permet de monter vers Dieu pour la vie éternelle, c'est aussi le prix à payer pour la continuité

des générations. La souffrance n'est pas rédemptrice et la personne qui agonise n'est pas laissée seule.

■ **Dans l'islam**, la mort est inéluctable, elle "fait partie" de la vie. Elle prolonge la vie et dure jusqu'à la décomposition complète du corps. Les rites doivent être bien accomplis car chaque acte réalisé pour le défunt a une conséquence sur sa vie future.

■ **Dans les pays occidentaux**, la mort fait plus peur que dans les pays orientaux et reste maintenue à distance de la conscience. On meurt plus souvent à l'hôpital qu'à domicile. La mort est considérée comme la fin logique du cycle biologique humain.

■ **Dans les pays africains subsahariens**, la mort est une affaire collective. Il s'agit de "bien mourir" plutôt que de mourir. La cérémonie funéraire est festive pour divertir le mort et libérer le groupe de son angoisse et de sa peine. Le mort continue de vivre dans l'au-delà en devenant un "ancêtre", en se réincarnant ou en "se redistribuant dans la coulée vitale"⁶.

Cas concret

Dans un service de maternité, vous surprenez une mère asiatique dessinant la courbe des sourcils de son bébé et lui mettant du rouge à lèvres. Celui-ci pleure et crie, et, malgré votre interpellation, la mère refuse de s'interrompre. En Asie, dès la naissance, dessiner les sourcils du bébé avec une feuille de bétel, qui ressemble à la feuille de l'arbre au pied duquel Bouddha prêcha l'éveil et a la forme stylisée d'un cœur, fixe sa beauté future et donne les traits visibles de sa personnalité. Au Vietnam, lui marquer le front avec du rouge à lèvres l'enlaidit et permet d'éviter que les esprits malveillants ne le remarquent.

Conclusion

Au cours des migrations, certains rituels d'accueil du nouveau-né ou d'accompagnement du mourant persistent par leur signification moderne au-delà de leur valeur culturelle ou religieuse d'origine. Culture et religion sont souvent indissociables, mais nombre de pratiques sont sous-tendues par des traditions, coutumes ou superstitions, plus que par des préceptes religieux. Pour être correctement accompagné, le patient doit trouver l'espace d'écoute nécessaire pour formuler ses besoins car lui seul fait la distinction entre ce qui est important pour lui et la manière dont il le met en œuvre au quotidien. ●

Définition

Le cycle de vie, correspondant au parcours de la naissance à la mort, représente non seulement le système spatio-temporel situant les événements dans un contexte et un déroulement chronologique reproduit à l'infini, mais également la dynamique de l'avancée en âge.

Notes

1. **Nombre de femmes asiatiques** ne s'inscrivent dans une maternité qu'à partir du moment où leur grossesse est visible ou ressentie (nausées).
2. **La Doula** accompagne, soutient et informe le couple lors d'une naissance.
3. **La majorité des sociétés** interdisait de donner au nouveau-né le colostrum, considéré comme impur et semblable à du pus. Cependant, jusqu'à la pasteurisation du lait et la stérilisation des biberons au début du 20^e siècle, l'allaitement artificiel induisait nombre de décès.
4. **Les stades du développement sensori-moteur** varient en fonction de l'environnement écologique et culturel et du degré d'intégration en situation de migration.
5. **Des objets sont disposés sur un plateau** (miroir, stylo, livre, outil) et l'enfant fait un choix, sorte de préinscription dans son destin.
6. **Thomas LV**. Anthropologie de la mort. Mort au Sud du Sahara. Payot, 1975.

Références

- **Bartoli L**. Venir au monde : les rites de l'enfantement dans les 5 continents. Payot, 2007.
- **Brabant I**. Vivre sa grossesse et son accouchement. Une naissance heureuse. Chronique sociale, 2003.
- **Collectif**. Mères venues d'ailleurs, enfants nés ici. Plaquette réalisée par les étudiants de l'Ifsi de Mantes-la-Jolie, 2009.
- **De Koninck M**. La ménopause, une expérience à considérer dans son contexte socioculturel. Le médecin du Québec 2000 ; 3(35) : 47-50.
- **Fontanel B, D'Harcourt C**. Bébés du monde. La Martinière, 2009.
- **Hidiroglou P**. Les rites de naissance dans le judaïsme. Les Belles Lettres, 1997.
- **Institut de formation des Doulas de France** : www.formationdoulas.fr
- **Ke Binh P**. Viet-Nam Phong-Tuc, mœurs et coutumes du Vietnam. Présentation et traduction annotée par Nicole Louis-Hénard, École française d'Extrême-Orient, 2 tomes, 1975 (1915).
- **Lallemand S**. Esquisse de la courte histoire de l'anthropologie de l'enfance. Journal des africanistes 2002 ; 1(72).
- **Moro MR**. Maternité en exil. La pensée sauvage, 2008.
- **Soulié M, Blin D**. L'allaitement maternel, une dynamique à bien comprendre. Érès, 2007.



© Axel Graux

Accompagner les patients de cultures différentes

- 1/6. Les étapes de vie et leurs spécificités culturelles
- 2/6. Approche de l'hygiène et des soins au corps à travers les cultures
- 3/6. Communiquer en situation transculturelle
- 4/6. Approche interculturelle de la maladie mentale
- 5/6. La place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital
- 6/6. Acquérir et développer la compétence interculturelle pour une pratique éclairée

2/6 Approche de l'hygiène et des soins au corps à travers les cultures

Les soignants font face quotidiennement aux différentes manières de penser le corps et la maladie, qui varient selon les cultures et les croyances. Il semble donc indispensable d'avoir conscience de ces différences pour une prise en charge optimale des patients.

Enveloppe charnelle aux multiples fonctions organiques, physiologiques, sociologiques, culturelles et religieuses, le corps est indissociable de la notion de personne. Les aides-soignantes, à la rencontre quotidienne du corps de l'Autre, effectuent des soins respectueux des valeurs culturelles et culturelles des patients¹.

Le corps à travers les cultures et les religions

Le corps a un rôle de vecteur social, psychologique, culturel et religieux. Moyens de communication et d'échange, les symboles et rituels de beauté ne sont pas les mêmes partout dans le monde.

La place donnée au corps et à la maladie

■ **En Occident**, le corps a une place sociale importante au-delà de sa dimension mystique. Il est soigné pour communiquer, séduire, démontrer une appartenance à un groupe et, de plus en plus, pour éviter la souffrance. La maladie est vécue comme une injustice et les soins se développent dans un esprit de lutte contre celle-ci.

■ **En Afrique subsaharienne**, l'homme possède quatre corps interconnectés les uns avec les autres : visible (extérieur), c'est l'enveloppe qui permet de percevoir grâce aux sens, de se mouvoir et de communiquer ; invisible (intérieur), composé par la personnalité et l'identité ; individuel ; social et cosmique. Les soins au corps visent toutes ces dimensions. La maladie est l'œuvre de mauvais sorts ou d'ancêtres qui envoient un message. L'aide d'un sorcier ou l'utilisation d'amulettes sont possibles, même pendant l'hospitalisation.

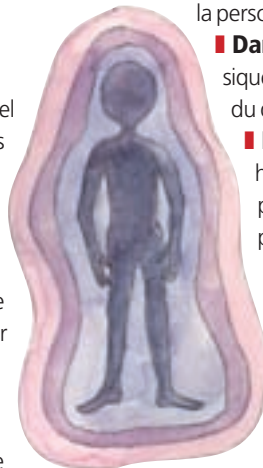
■ **Au Maghreb**, le corps est stimulé depuis l'enfance par la mère, permettant une prise de conscience progressive de ses sensibilités. La maladie est l'œuvre du divin, d'un mauvais génie ou du "mauvais

œil". Des rituels à base de sel ou d'eau de fleur d'oranger exorcisent le sort, comme la présence de talismans dans les vêtements.

■ **En Asie**, le corps est relié à l'esprit. La santé est l'équilibre de l'énergie interne et du Yin et du Yang. La maladie est le résultat d'une mauvaise gestion des émotions, mais aussi d'un mauvais sort quand la personne n'a pas su vénérer ses ancêtres.

■ **Dans l'hindouisme**, l'homme possède quatre corps : physique ; éthérique qui amène force et vitalité ; astral, c'est-à-dire du désir et de l'émotion ; mental, c'est-à-dire de l'âme.

■ **Dans les trois religions monothéistes**, le corps humain porte une étincelle divine. Enveloppe charnelle qui protège l'âme, il doit être l'objet de tous les soins pour préserver son intégrité. La maladie éprouve le corps mais rapproche du divin.



Corps, pudeur et intimité

■ **La pudeur**, comme l'approche de la nudité, est un phénomène social et culturel lié à la notion d'intimité. Les seuils de tolérance sont différents pour chacun mais le soignant doit savoir repérer les principales manifestations physiques de la pudeur : rougissements, accélération du

rythme cardiaque et respiratoire, attitude de fuite (regard ou tête baissés), gêne ou stress, apparition d'un érythème dans le cou et sur la poitrine, agressivité et/ou refus de soins.

■ **Pour les catholiques**, la pudeur apparaît dans la Bible quand Adam et Eve mangent le fruit de l'arbre défendu. Une nudité relative est tolérée, pour les bras et une partie des jambes.

■ **Dans l'islam**, les hommes ne peuvent pas se dénuder du nombril aux genoux. Les femmes ne laissent généralement voir que leur visage et leurs mains aux hommes. Il est recommandé que les soins se fassent par une personne du même sexe. En cas de danger médical, ces prescriptions peuvent être levées.

■ **Dans l'hindouisme**, une femme se déshabille rarement complètement pour un examen médical et il est préférable que les soins soient prodigués par une personne du même sexe.

■ **Dans le judaïsme**, le respect, la pudeur et l'intimité amènent les femmes à se cacher de leurs conjoints à certaines périodes du mois.

Hygiène et soins du corps liés aux coutumes, croyances et religions

Le corps des personnes rencontrées dans les services de soins s'exprime dans la maladie. Le soigner, comme le faisait la personne qui ne peut plus le faire seule, est une offre d'écoute bienveillante.

L'hygiène corporelle

■ **Dans l'islam**, l'hygiène est ritualisée par les ablutions avant les cinq prières quotidiennes. Chaque partie du corps doit être lavée trois fois, avec la main gauche, car la droite, considérée comme pure, est utilisée pour manger. Cependant, la toilette et le rasage peuvent être commencés du côté droit. L'hygiène intime des hommes, comme, par exemple, la pose d'un étui pénien, peut nécessiter l'intervention du conjoint. Après miction et défécation, une toilette à l'eau est nécessaire.

■ **Les femmes du Maghreb** se lavent généralement avec du savon noir, à base d'huile d'olive, qui mousse très peu, et un gant de crin pour éliminer les impuretés de la peau. Les crèmes à l'eau de rose et l'eau de Cologne sont très utilisées. L'huile d'amande douce et l'huile d'argan hydratent le corps, y compris celui des bébés.

■ **Les femmes d'Afrique subsaharienne**, quant à elles, utilisent plutôt de l'huile de karité.

■ **Dans le judaïsme**, le respect strict du shabbat dégage la personne de ses exigences de la vie quotidienne et empêche l'accès aux moyens modernes de confort et de communication. Ainsi, du vendredi soir au samedi soir, le patient juif pratiquant ne peut utiliser le matériel de soin ni solliciter les soignants.

■ **En Asie**, une place importante est accordée à l'hygiène des pieds. Le pied, divisé en zones réflexes, est la représentation miniaturisée du corps humain. À chaque zone correspond une partie du corps sur laquelle on peut agir par pression ou massage. La consommation de thé vert lutte contre le vieillissement cutané et l'huile de sésame nourrit et hydrate la peau.

Chevelure et pilosité

■ **Dans toutes les cultures**, la barbe et la moustache sont des symboles de virilité, de sagesse et de savoir.

■ **En Europe**, le rasage "de près" est considéré comme un critère de propreté.

■ **Dans le judaïsme**, le rasoir électrique est préféré pour éviter de faire couler le sang. Les cheveux sont sacrés : les hommes portent la kippa et les femmes portent une perruque ou un foulard. En période de deuil, il est interdit de les entretenir ou de les couper.

■ **Au Maghreb**, les femmes s'appliquent régulièrement du henné sur les cheveux pour les fortifier. Parfois, elles les enduisent d'huile d'olive pour les nourrir, avant de les recouvrir d'un foulard. L'usage du henné est religieux (aide à surmonter les problèmes du foyer), cosmétique (purifie la peau et fortifie les cheveux) et thérapeutique (vertus antifongiques, astringentes). Les poils sont intégralement épilés à la cire

et sur le visage, un décolorant est parfois utilisé pour blondir le duvet facial.

■ **En Afrique subsaharienne**, les soins des cheveux nécessitent l'utilisation de produits à base de beurre de karité.

En Afrique centrale, la pilosité des femmes est un critère de beauté.

■ **En Asie**, les hommes et les femmes ont peu de poils et n'y accordent pas d'importance particulière.



© rania Hagemaster/Elsevier Masson SAS

Cas concret

En service de pédiatrie, une aide-soignante s'occupe d'un enfant juif israélien de 2 ans. En lui donnant sa douche, elle s'aperçoit que ses cheveux sont trop longs pour les soins prodigués et décide de les lui couper. La mère de l'enfant arrive et se met à parler fort, en israélien, d'un air très agressif. L'aide-soignante ne comprend pas pourquoi. Il se trouve que la première coupe de cheveux d'un enfant juif est réalisée pour ses 3 ans au cours d'une fête rituelle où sont invités famille et amis. Avant cet âge, il est interdit d'ouvrir des ciseaux au-dessus de la tête d'un enfant, car, comme dans l'islam, cela porte malheur.

Conclusion

À l'hôpital, la réalisation des soins d'hygiène se pense surtout dans une logique de "propreté". Pourtant, les soins au corps, planifiés dans l'organisation sociale, sacrée ou religieuse de toutes les communautés, sont d'abord source de confort et de bien-être. Par exemple, en Europe, jusqu'au Moyen-Âge, les thermes permettaient les bains collectifs, comme les hammams, encore actifs de nos jours. En respectant les habitudes de vie culturelles et culturelles du patient, le soignant lui confère un sentiment sécurisant et apaisant, celui de la légitimité. ●

Définitions

Pudeur : discrétion, retenue qui empêche de dire ou de faire ce qui peut blesser la décence. Réserve de quelqu'un qui évite de choquer, de gêner moralement.

Intimité : du latin *intimus*, interior (le plus intérieur). Désigne ce qui, du sujet, ne se met pas au dehors, au grand jour.

Note

1. **La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, disponible sur www.legifrance.gouv.fr, permet l'exercice des croyances et des valeurs culturelles et religieuses des personnes pendant l'hospitalisation.

Références

- **Andrieux L.** Petite histoire de la toilette selon les cultures. Soins Aides-soignantes 2009 ; 27 : 24-5.
- **Bologne JC.** Histoire de la pudeur. Hachette, 1997.
- **Braunstein F, Pépin JF.** La Place du corps dans la culture occidentale. PUF, 1999.
- **Casimir Duncan M.** Formation à la pudeur. Objectif soins 2004 ; 123 : 13-5.
- **Chebel M.** Le corps en Islam. PUF, 1999.
- **Coll.** La pudeur, une histoire de la nudité. Le Nouvel Observateur 1999 ; HS 39.
- **Despland M.** Le corps et l'Occident, un survol. Religiosciences 1995 ; 12 : 207-14.
- **Le Breton D.** Anthropologie du corps et modernité. PUF, 2008 (1990).
- **Rajablat M.** La toilette : voyage au cœur du soin. Masson, 2006.
- **Schilder P.** L'image du corps. Gallimard, 1980.

Accompagner les patients de cultures différentes



© Axel Graux

- 1/6. Les étapes de vie et leurs spécificités culturelles
- 2/6. Approche de l'hygiène et des soins au corps à travers les cultures
- 3/6. Communiquer en situation transculturelle**
- 4/6. Approche interculturelle de la maladie mentale
- 5/6. La place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital
- 6/6. Acquérir et développer la compétence interculturelle pour une pratique éclairée

3/6 Communiquer en situation transculturelle

Facteur influençant la perception des émotions, l'expression des sentiments et les comportements, la culture du patient est une grille de lecture de la communication qui se fonde sur des événements de la vie quotidienne.

Quand la culture du patient, c'est-à-dire ses habitudes de vie, sa langue maternelle, ses croyances et son histoire, est étrangère à celle du soignant, une situation d'incompréhension mutuelle faite d'anxiété et d'isolement peut compliquer la relation de soins.

La communication, définition et principes généraux

Processus d'interaction continu par lequel une personne agit sur une autre, les fonctions de la communication sont avant tout d'établir une relation et de transmettre un message, via des moyens et techniques de diffusion. La communication interculturelle amène à se questionner sur la place, la perception et l'utilisation des différents composants de la communication, dans la culture de référence et dans les cultures étrangères.

La communication verbale

La compréhension du message verbal est soumise à la capacité de partager un code commun, la langue. Par exemple, au Vietnam comme au Japon, aller "droit au but" pour formuler une demande est impoli et dire "non" fait perdre la face à l'interlocuteur, il est donc préférable de répondre par le silence. Le "oui" signifie "je vous ai entendu" et non l'acquiescement.

La communication non verbale

■ **Basée sur le langage corporel et ses marques d'appartenance**, la communication non verbale comprend aussi les intonations, le rythme, le débit et la sonorité de la voix, le silence, le toucher et la distance entre les personnes. Elle renforce le message verbal en exprimant les émotions, les sentiments et les valeurs.

■ **Dans les pays asiatiques**, par exemple, il est préférable de ne pas élever la voix. En revanche, aux États-Unis et sur le continent africain, on parle généralement assez vite et fort et la pudeur verbale est moindre.

■ **Les gestes et les attitudes.** Ils concernent la tête, le buste, le bassin, les jambes et les bras. Leur signification culturelle aide à cerner l'intention. En Occident, hocher la tête signifie l'approbation alors qu'en Asie, c'est une manière de saluer.

■ **Le regard et les mimiques.** Leur perception renseigne souvent l'émotion. En Occident, soutenir le regard permet de s'affirmer et parfois de tenir tête alors que baisser les yeux transmet une attitude de fuite et de non franchise. Au Maghreb, il est poli et respectueux de baisser le regard devant son interlocuteur.

■ **Le toucher.** Il s'agit d'un moyen de communication puissant, utilisé pour réduire la distance de soi à l'autre. « Chaque culture apprend à ses enfants à supporter des seuils différents de contacts tactiles et de stimulations »¹. En Amérique du Nord, le toucher est tabou et une poignée de mains prolongée peut prendre une connotation sexuelle. Les Anglais et les Allemands sont marqués par une culture "anti-toucher". Les populations espagnoles, italiennes, françaises, sud-



© Iania Hagemester/Elsevier Masson SAS



©Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

américaines et du bassin méditerranéen, en particulier, sont considérées comme très tactiles. Les Vietnamiens craignent généralement le contact physique (qui peut faire quitter l'âme du corps et entraîner une maladie), surtout sur la tête, car il s'agit du point central de la vie. Les gestes qui envahissent le visage sont ainsi mal vécus.

■ **Le silence.** Indissociable de la communication, il véhicule à lui seul un ou plusieurs messages : écoute, réflexion, indifférence, respect, énervement, douleur. Approprié ou non, l'important est de lui donner un sens plus que de chercher à le combler. Les Asiatiques sont généralement très sensoriels : la relation à l'autre se passe alors de paroles et s'établit par des mimiques, expressions ou signaux paraverbaux.

Les éléments contextuels

Élément relatif à l'environnement de la communication, le positionnement dans l'espace et dans le temps conditionne la perception mutuelle lors d'une rencontre.

L'espace

■ **La perception de l'espace est sensorielle.** Respecter l'espace personnel de chacun répond aux besoins de sécurité, d'intimité, d'autonomie et de protection de l'identité personnelle.

■ **Dans la culture occidentale,** trois dimensions principales de l'espace sont identifiées : la zone intime, de 0 à 45 cm environ, la zone personnelle, de 45 cm à 1 m, et la zone sociale, de 1 à 3 m. À l'hôpital, trois zones sont identifiées : l'espace physique "à soi", l'espace personnel et un territoire de compétence ou de rôle, dans lequel se plannifient les soins.

■ **Les Nord-Américains et les Anglais,** par exemple, ont un grand besoin d'espace personnel tandis que les Latino-Américains et les Japonais notamment tolèrent mieux la foule.

■ **Dans les pays du Maghreb,** le besoin d'espace personnel est moindre et acquis dès le plus jeune âge avec des coutumes comme l'em-maillotage : les mères enveloppent complètement le corps du bébé dans des linges blancs, bras et jambes compris pour reproduire l'exiguïté du ventre maternel et diminuer les angoisses du nouveau-né.

Le temps

■ **La perception du temps** est fonction de l'outil qui le mesure : le temps de l'horloge et le temps social marqué par les activités régulières du groupe. Il existe deux façons d'être orienté dans le temps :

• **vers le futur :** les Américains, par exemple, attendent qu'un événement se réalise pour passer à un autre projet. Ainsi, les étapes du projet de soins doivent se dérouler l'une après l'autre (examens, résultats, etc.) et l'hospitalisation toucher à son terme avant d'évoquer des objectifs à moyen et long termes ;

• **vers le présent :** pour les Mexicains, les populations hispaniques et africaines notamment, il est généralement important de ne pas remettre à plus tard ce qui peut être réalisé à l'instant présent, pour éviter de manquer une occasion qui ne se représentera peut-être pas.

Communiquer en situation de soins transculturelle, une compétence à construire

Communiquer efficacement en situation de soins avec une personne de culture différente implique de :

• **accueillir de manière universelle** toute personne se présentant dans le service, c'est-à-dire recevoir avec amabilité, se présenter, présenter le service et offrir le confort d'une chambre où déposer ses affaires ;

• **identifier la culture, notamment le langage, du patient,** les situations d'incompréhension mutuelle et les causes (illettrisme, différence de langage...), les éléments contextuels influençant la compréhension mutuelle (gestion du temps, de l'espace...), les outils et supports de communication non verbale disponibles dans le service ;

• **solliciter un interprète ;**

• **aborder l'Autre avec empathie,** dans le respect de ses limites exprimées ou montrées.

Cas concret

Vous entrez dans la chambre d'un patient maghrébin pour réaliser un soin et vous trouvez cinq personnes assises sur le lit autour de lui. Pour répondre à votre air surpris, il explique qu'au Maroc, on aime bien la proximité. Satisfaits des soins que vous prodiguez à leur fils, les parents vous serrent dans leurs bras et vous embrassent. En situation d'inconfort, vous baissez les yeux et rougissez. Vous expliquez votre gêne par la différence culturelle d'acceptation du toucher dans la relation à l'autre et le sentiment d'intrusion dans votre espace intime.

Conclusion

Quand le patient est de culture étrangère, il revient au soignant de l'accueillir, de l'écouter et d'essayer de le comprendre comme les autres malades. Si solliciter un interprète apparaît parfois comme la meilleure solution, les délais d'attente sont parfois longs. Aussi, s'intéresser aux significations culturelles des comportements favorise la démarche clinique transculturelle et permet de donner du sens aux actes et aux attentes du patient. ●

Note

1. Newman Giger J, Davidhizar RE. Soins infirmiers interculturels. Lamarre, 1991.

Références

• Chanlat JF. Le manager européen à l'écoute de la culture.

In : Kalika M (coll.). Management européen et mondialisation. Dunod, 2005.

• Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient. Masson, 2007.

• Newman Giger J, Davidhizar RE. Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins. Lamarre, 1992.

• Rioufol MO. Respecter les croyances et valeurs culturelles et spirituelles du patient. Soins Aides-soignantes 2006 ; 10 : 26-7.

Accompagner les patients de cultures différentes

1/6. Les étapes de vie et leurs spécificités culturelles

2/6. Approche de l'hygiène et des soins au corps à travers les cultures

3/6. Communiquer en situation transculturelle

4/6. Approche interculturelle de la maladie mentale

5/6. La place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital

6/6. Acquérir et développer la compétence interculturelle pour une pratique éclairée



4/6 Approche interculturelle de la maladie mentale

Les représentations de la maladie mentale sont généralement associées à la folie.

La stigmatisation des personnes en souffrance modifie leur accès aux soins. L'ethnopsychiatrie permet à l'aide-soignante d'aborder la souffrance psychique dans son contexte culturel d'origine.

La maladie mentale est l'effet d'un déséquilibre entre "les exigences conscientes et inconscientes" d'une personne et "celles de son environnement". Elle concerne les troubles psychologiques et psychiatriques et se développe de manière particulière dans chaque pays, en fonction des représentations sociales et culturelles de la folie. Pour l'aide-soignante, approcher la maladie mentale dans sa dimension culturelle lui permet de comprendre son impact sur le patient étranger et d'adapter au mieux les soins.

Représentations et perceptions de la maladie mentale dans le monde

Dans sa dimension universelle¹, deux facteurs évoquent un trouble mental : la "bizarrie" et la "dangerosité". Partout, la différence est faite entre "l'insensé" qui n'a pas d'intelligence, mais ne nuit pas ("le fou du village"), et celui qui est perçu comme dangereux, inadapté à la vie sociale. Cette représentation véhicule de nombreux tabous et génère des peurs, ici et ailleurs. Dans sa dimension culturelle, les croyances sur la maladie mentale portent sur quatre aspects distincts, mais intriqués : les origines de la maladie, les formes d'expression transculturelles, les approches thérapeutiques et l'avenir du malade.

La maladie et ses origines

Les croyances sur l'origine de la maladie mentale sont complémentaires.

■ **En Occident**, les causes sont individuelles : neurobiologiques, psychanalytiques, groupales (notamment familiales) et parfois spirituelles dans les contextes religieux.

■ **Au Maghreb**, il peut être considéré que la folie résulte d'une action de sorcellerie (le mauvais œil ou une ingestion alimen-

taire), ou d'un djinn (créature issue de croyances de tradition sémitique). Le fou est l' élu de Dieu qui détient la sagesse et ses troubles sont le fait d'une réflexion profonde comme dans une crise mystique.

■ **En Afrique subsaharienne**, les malades sont dits possédés par l'esprit des ancêtres ou victimes d'une action de sorcellerie.

Les formes d'expression transculturelles

L'ethnopsychiatrie² permet de comprendre les troubles à partir de la culture d'origine du patient et de son parcours migratoire. La migration est un facteur de vulnérabilité pour la santé³. Parmi les manifestations les plus fréquentes⁴, il en existe quatre types.

■ **Les désordres affectifs et troubles névrotiques** : inquiétude, angoisse et troubles du sommeil sont les principaux troubles évoqués par les migrants ; hostilité, nervosité et impulsivité sont parfois exacerbées ; la dépendance alcoolique est fréquente chez les hommes ; la culpabilité et la honte sont souvent exprimées par une somatisation accentuée ; la dépression, maladie universelle, possède des formes d'expression culturelles typiques.

■ **Les troubles psychotiques** : le délire a une expression culturelle donnant lieu à des manifestations spécifiques⁵, mais partout il correspond à une "construction du monde".

■ **Les troubles post-traumatiques** : ils sont plus marqués dans les populations ayant connu la guerre dans leur pays.

■ **Les troubles psychosomatiques** : la plainte somatique est parfois le seul moyen d'exprimer un mal-être psychique.

Les approches thérapeutiques

■ **À travers l'histoire des cultures**, trois approches du soin de la folie prédominent, liées à la perception de ses causes.



• **L'approche séculière**⁶. La folie est perçue comme un déséquilibre à identifier entre les humeurs du corps humain⁷ : le sang, le phlegme, la bile jaune, la bile noire ; les éléments universels : le feu, l'air, l'eau et la terre ; et leurs qualités : le chaud, le froid, le sec et le "mou". Le déséquilibre associant bile noire, froid et mou induisent la dépression.

• **L'approche scientifique**. Les recherches ont fait émerger les différents courants de pensée de la psychiatrie avec les facteurs favorisants et les modalités de traitement des maladies.

• **L'approche religieuse et spirituelle**. Elle trouve sa source dans les textes saints et les croyances populaires et ésotériques⁸. La souffrance est un déséquilibre entre l'âme et l'esprit. Le mal est souvent l'effet d'un "mauvais esprit" ou "mauvais sort". Pour soigner, il faut rétablir l'équilibre entre le monde visible et le monde invisible, avec l'aide du guérisseur⁹ (cérémonie du N'Doep au Sénégal, par exemple).

■ **En Afrique subsaharienne et au Maghreb**, la maladie est souvent déniée car elle fait partie de la vie. Le traitement ne se conçoit pas en dehors de la cellule familiale qui détient la source du problème et sa solution. Dans l'accès aux soins, les patients commencent d'abord par consulter les guérisseurs.

■ **En Amérique latine**, la maladie mentale est une honte à porter et elle est vécue dans le secret. Les patients sont rapidement placés dans un "asile". De fait, le migrant parle peu de ses troubles et demande peu d'aide car le thérapeute risque de lui ôter la liberté.

■ **En Asie centrale**, le fait de se reconnaître en souffrance morale relève d'un "luxe occidental" et est généralement considéré comme "socialement incorrect". Si la population accepte l'idée d'une prise en charge par des professionnels formés en Occident, elle n'exclut pas l'accès aux Chamans ou devins-guérisseurs.

L'avenir du malade

■ **En Occident**, la maladie renvoie surtout aux concepts de "normal" et "pathologique" la rendant source d'exclusion sociale. La folie "schizophrénique" est perçue comme la plus grave sans guérison possible, d'évolution moins favorable que celle de la dépression. En France, par exemple, 90% des personnes pensent qu'un fou ne peut pas totalement guérir¹⁰.



■ **Dans d'autres sociétés**, le concept de "surnaturel" peut expliquer les troubles comme l'action des esprits. Celui qui est possédé est curable et son avenir est l'affaire de tous.

Rôle clinique de l'aide-soignante en psychiatrie transculturelle

Parmi les éléments importants de son rôle, l'aide-soignante doit être capable de :

• **repérer les signes cliniques** : comportement, langage, attitudes, mimiques, sensibilité

et humeur... ;

• **permettre au patient d'être entendu et compris**, en sollicitant un interprète si nécessaire ;

• **écouter au-delà des manifestations de différences culturelles visibles** ;

• **se garder de toute interprétation**, le symptôme ayant le sens que le patient lui donne : il est "signifiant" avant d'être "signifié" pour le professionnel. Les signes et les diagnostics sont socialement conditionnés et sujets à diverses interprétations parfois radicalement opposées en fonction des cultures.

Cas concret

En psychiatrie, vous aidez un patient d'origine chinoise à réaliser ses soins d'hygiène. Comme tous les matins, il se plaint de douleurs diffuses qu'il évoque avec sourire et détachement. Les migrants d'origine asiatique, comme les Maghrébins, insistent plus sur leurs symptômes physiques que sur des plaintes existentielles. Il est donc difficile d'identifier une phase dépressive car, par pudeur, ils expriment peu leur sentiment de découragement ou de solitude¹¹.

Conclusion

La forme et le sens de la maladie mentale sont ancrés dans chaque culture. Connaître les croyances culturelles du patient en souffrance psychique permet à l'aide-soignante de comprendre la signification donnée à ses troubles et de redonner du sens à celui qui vit dans l'absence de son groupe d'origine. Prendre soin d'une personne, c'est aller au-delà de ce qui apparaît. ●

Notes

1. **Les maladies mentales** ne font pas l'objet d'un programme mondial d'amélioration des soins, mais elles concernent toutes les populations.
2. **L'ethnopsychiatrie** s'intéresse aux désordres psychologiques en rapport à leur contexte culturel et aux systèmes culturels d'interprétation et de traitement du mal, du malheur et de la maladie. Georges Devereux et Tobie Nathan ont notamment contribué à son développement.
3. **La rupture des liens** avec la société et la culture d'origine et les difficultés liées à la nécessité de s'intégrer dans un système culturel porteur de valeurs différentes à celles d'origine sont sources de souffrances.
4. **Selon les statistiques de l'OMS** (www.who.int), on retrouve dans les dix principales causes d'invalidité dans le monde : la dépression unipolaire, le trouble bipolaire, l'alcoolisme, la schizophrénie et les TOC.
5. **Coll.** Ethnopsychiatrie et culture : la folie ailleurs. Psychiatrie infirmière.
6. **Poujol C.** Santé mentale et société en Asie centrale postsoviétique aujourd'hui. Outre-Terre 2006 ; 16 : 367-80.
7. **Selon les doctrines d'Hippocrate, de Galien et d'Avicenne** (science gréco-arabe), l'humeur prédominante fixe le tempérament.

8. **Esotérique** : ensemble de mouvements et de doctrines relevant d'un enseignement caché, souvent accessible par l'intermédiaire d'une "initiation".
9. **Le guérisseur** peut effectuer des rites auxquels la communauté prend part (forme de sociothérapie) pour faire sortir l'esprit intrus du corps du malade.
10. **Angus M.** La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Drees, Études et résultats 2001 ; 116.
11. **Boucher N, Véga A.** La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins. Objectifs soins 2000 ; 91 : 20-2.

Références

- **Devereux G.** Essais d'ethnopsychiatrie générale. Gallimard, 1970.
- **Nathan T.** L'influence qui guérit. Odile Jacob, 1993.
- **Nathan T.** La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Dunod, 1986.
- **Nguimfack Mbodie PC.** Pour une politique de santé mentale adaptée en Afrique noire. Médecine d'Afrique Noire 2001, 48 (11) : 465-71.

Accompagner les patients de cultures différentes

- 1/6. Les étapes de vie et leurs spécificités culturelles
- 2/6. Approche de l'hygiène et des soins au corps à travers les cultures
- 3/6. Communiquer en situation transculturelle
- 4/6. Approche interculturelle de la maladie mentale
- 5/6. La place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital
- 6/6. Acquérir et développer la compétence interculturelle pour une pratique éclairée



© Axel Graux

5/6 La place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital

L'implication des familles dans les soins auprès de la personne malade est fréquente. Aborder le concept de famille dans les différentes cultures permet de proposer aux aidants une place adaptée avec une collaboration quotidienne mesurée.

Les soignants rencontrent souvent les familles des patients et attendent d'eux une collaboration tacite pour le bon déroulement des soins. Dans le cadre de l'hospitalisation des migrants, les familles sont soit présentes et impliquées, soit absentes ou effacées. L'aide-soignante est amenée à rencontrer et à collaborer avec les familles surtout dans le cadre de la réalisation des actes de soins quotidiens.

Approche générale du concept de famille

La famille est un ensemble de personnes réunies par des liens de parenté. Premier lieu de socialisation, la famille (du latin "fama", "réputation") possède une identité collective, sociale, économique et juridique, et chacun de ses membres est concerné pour maintenir sa cohésion. Ainsi, lorsque survient un événement important dans la vie de l'un d'entre eux, comme la maladie par exemple, le reste du groupe se sent impliqué.

L'institution familiale

■ **La famille** est « une unité sociale qui a des interactions avec une société plus grande »¹, qui fonctionne selon « des normes culturelles, socialement construites, partagées et transmises, qui établissent le modèle des relations »¹ entre ses membres.

■ **La filiation**², **le mode de transmission de la parenté**³ et **le lignage**⁴ permettent de comprendre l'exercice de l'autorité et l'implication

dans les soins de certains aidants, peu communs pour le personnel soignant occidental.

■ **La famille clanique**⁵ s'oppose à la famille nucléaire⁶ avec une cohabitation parents-enfants, qui va au-delà de l'incapacité sociale des enfants, c'est-à-dire même lorsque ces derniers sont majeurs et capables de s'assumer socialement et financièrement.

Les familles de cultures différentes à l'hôpital

Dans le cadre de l'hospitalisation des migrants, les familles ne sont pas toujours présentes. Certains patients se créent un réseau social élargi ayant la même mission d'accompagnement et de réconfort. Dans ce cas, c'est avec un voisin ou une amie que l'aide-soignante doit composer.

Droits et devoirs des familles

La famille du patient est considérée comme un usager du système de soins et bénéficie des mêmes droits que ce dernier⁷ : l'égalité, la continuité, la neutralité et la non discrimination. Elle est également soumise aux mêmes devoirs, notamment le respect du règlement intérieur et du bon fonctionnement de l'unité de soins.

Une approche spécifique pour un contexte particulier

■ **L'hospitalisation a un impact sur l'organisation familiale** car le changement et l'absence imposés par la



© Tania Hegemeister/Elsevier Masson SAS

maladie amènent chacun des membres d'une même famille à se redistribuer les rôles pour que le foyer continue de fonctionner.

■ **Pour les migrants**, cette restructuration est d'autant plus perturbante que le statut de chacun est parfois mal établi du fait de la migration et de l'absence de maîtrise de la langue. Peuvent apparaître :

- **une majoration de l'angoisse** liée à des représentations différentes de la maladie et des soins dans un pays qui n'est pas le sien ;

- **un sentiment de solitude et d'incompréhension ;**

- **un sentiment de honte** lié à la maladie, parfois vécue comme une faiblesse ou un échec devant l'ensemble de la communauté ;

- **une peur de mourir en exil**, loin des siens et de sa terre natale.

■ **Les soignants sont parfois les seules ressources du patient migrant**, quand l'environnement social et familial est réduit à néant ou seulement au conjoint et aux enfants.

Le rôle de l'aide-soignante auprès des familles étrangères

Le support familial pallie la diminution progressive des activités du patient. Les aides-soignantes, en s'appuyant sur leurs connaissances du concept de famille dans le monde, peuvent collaborer avec les proches pour atténuer leurs craintes liées à l'hospitalisation.

Une organisation de soins quotidienne "négociable"

L'aide-soignante collabore avec les familles pour les actes de la vie quotidienne, en accord avec le patient, ce qui l'amène à :

- **identifier les personnes de l'entourage familial** participant à l'accompagnement : place du patient dans sa famille (parents, fratries et relations), ressources intra et extrafamiliales ;

- **proposer une organisation des soins** favorable à la participation des proches pour les soins d'hygiène corporelle, l'alimentation, l'habillement, etc. ;

- **identifier les traducteurs potentiels** si le patient ne parle pas français ;

- **respecter la pudeur "culturelle"**⁸ et les rituels relatifs à la gestion de la maladie, la pratique de la religion et la mort pour que le défunt soit traité selon les croyances de la communauté ;

- **favoriser les visites** sans émettre de jugement péjoratif ni restrictif ;

- **donner à la famille la possibilité d'assurer une présence continue**, en accord avec l'équipe soignante.

Une connaissance des représentations culturelles des familles dans le monde

■ **Au Maghreb**, le mariage tient une place centrale dans l'organisation sociale du groupe et pour la constitution des familles. Les femmes apportent souvent les repas et souhaitent participer aux soins d'hygiène de leur mari ou fils. Dans la tradition musulmane notamment, la famille peut envoyer des personnes inconnues ou des amis du patient afin de lui rendre visite en leur nom.



© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

■ **En Asie**, la famille a un sens particulier et chacun y reste très attaché. Les personnes âgées sont respectées et souvent prises en charge par les enfants. La famille japonaise, par exemple, entretient généralement des liens étroits entre ses membres et plusieurs générations peuvent vivre ensemble. La plupart des couples ont seulement un ou deux enfants. Dans les soins, ils sont présents mais souvent effacés.

■ **En Afrique subsaharienne**, la famille est élargie aux membres de la lignée, père,

mère, oncles ou tantes, en fonction des systèmes de parentés et fratrie. L'organisation familiale repose sur la mère. Les migrants se créent un réseau social très impliqué dans les soins.

■ **Les familles slaves** ont très souvent gardé des valeurs traditionnelles et les femmes sont soucieuses de répondre aux besoins de confort de leur mari.

■ **Pour les Gitans**, la famille représente tout et le chef de famille désigné est soit l'aîné, soit la femme la plus âgée. C'est avec lui ou elle que les négociations liées aux soins ont lieu. Un engagement pris doit absolument être respecté.

Cas concret

Vous accompagnez un patient juif en fin de vie. Au moment de son décès, sa femme refuse que vous touchiez à son visage. En principe, c'est le fils aîné qui doit être sollicité pour fermer les yeux et la bouche du défunt.

Conclusion

Certaines attitudes et demandes des familles, repérées par les soignants comme difficiles à gérer, relèvent davantage de principes culturels que d'une volonté de perturber l'organisation des soins. Connaître la relation entre les membres d'une famille permet de comprendre les réactions qui s'expriment face à la maladie de l'un d'entre eux. Quand les aidants naturels sont identifiés, les aides-soignantes savent collaborer pour leur permettre de soutenir leur malade. ●

Notes

1. **Guez E, Troianovski P.** Sciences infirmières et soins infirmiers. Lamarre, 2000.

2. **La filiation** est l'ensemble des processus sociaux qui définissent la transmission héréditaire entre individus de génération en génération.

3. **La parenté** peut être patrilinéaire (par le père), matrilinéaire (par la mère), bilinéaire (les deux) ou indifférenciée.

4. **Le lignage** se définit par un groupe de parents qui descendent d'un ancêtre commun, connu et nommé.

5. **Le clan** désigne les personnes descendant en ligne directe d'un ancêtre commun mythique.

6. **En sociologie, la famille nucléaire** est une structure familiale ou un "ménage" comprenant deux parents, mariés ou non, avec leurs enfants, qui s'oppose à la famille élargie comprenant souvent plusieurs générations.

7. **Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, disponible sur www.legifrance.gouv.fr

8. **Dans certaines cultures**, il est indécemment de questionner la femme sur ses menstruations ou l'homme sur ses défécations devant le conjoint ou un membre de sa famille.

Accompagner les patients de cultures différentes



© Axel Graux

- 1/6. Les étapes de vie et leurs spécificités culturelles
- 2/6. Approche de l'hygiène et des soins au corps à travers les cultures
- 3/6. Communiquer en situation transculturelle
- 4/6. Approche interculturelle de la maladie mentale
- 5/6. La place de la famille dans la prise en charge des patients de cultures différentes à l'hôpital

6/6. Acquérir et développer la compétence interculturelle pour une pratique éclairée

6/6 Acquérir et développer la compétence interculturelle pour une pratique éclairée

La rencontre avec des personnes de cultures différentes suscite étonnements et interrogations. Les aides-soignantes sont parfois démunies pour répondre aux besoins spécifiques des patients étrangers. Une initiation à l'approche culturelle en formation favorise l'acquisition de la compétence interculturelle.

La culture « englobe les valeurs, croyances, les normes et le mode de vie acquis, qui agissent, de certaines façons, sur la pensée, les décisions et les actions d'un individu »¹. Elle est un élément constitutif important de l'identité et sous-tend l'ensemble des besoins en soins qui s'expriment à l'hôpital. Aussi, quelle que soit sa culture d'origine, qu'il parle français ou non, le patient a besoin de se sentir accompagné par l'aide-soignante et pris en compte dans son unicité. L'aide-soignante, elle, a besoin d'être formée pour développer une compétence culturelle spécifique.



© Tania Hagemester/Elsevier Masson SAS

s'évalue à travers la mise en acte des savoirs acquis et de ses effets, dans un contexte donné.

Identifier les aptitudes du professionnel à l'approche de la différence culturelle

La compétence se construit à partir de l'identification des ressources et des limites de chacun, comme support initial de toute formation. Pour permettre à l'aide-soignante de se situer dans ses capacités à accueillir la différence culturelle, elle

peut répondre à un questionnaire simple (encadré 1).

Les principes généraux de la prestation de soins adaptée à la culture

Les principes qui sous-tendent une démarche de soins culturellement adaptée concernent le professionnel et le patient. Ces derniers appartiennent à une culture qui leur est personnelle, qui est influencée par le lieu de naissance, le sexe, l'âge, l'ethnie d'origine, la religion et le statut socio-économique, et qui est dynamique et évolue selon les rencontres.

Tous deux sont soumis à l'influence de leurs réactions instinctives aux différences culturelles. Enfin, ils sont responsables de l'expression de leurs besoins et de la réponse apportée aux demandes.

Développer une compétence interculturelle pour l'aide-soignante

Une compétence est « un savoir agir dans une situation professionnelle complexe en vue d'une finalité »². Elle se construit en trois temps et

Encadré 1. L'accueil de la différence culturelle

- Vous avez le sentiment de comprendre les personnes de cultures différentes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vous vous interrogez sur la diversité culturelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vous prenez le temps de vous informer sur les différentes cultures	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vous vérifiez l'exactitude de vos perceptions des différentes cultures auprès de personnes compétentes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vous avez des facilités à vous adapter à de nouvelles situations	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vous cherchez à adapter vos pratiques en fonction de la culture de la personne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vous vous sentez à l'aise en situation multiculturelle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vous cherchez à approfondir vos connaissances sur les différentes cultures	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Encadré 2. **L'approche culturelle dans la formation aide-soignante**

Exemples de modules	Intitulés	Objectifs pédagogiques spécifiques à la culture
1	Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> • Collecter des informations sur les soins quotidiens dans les différentes cultures. • Identifier les modalités d'accompagnement des personnes en fonction de la culture et des catégories d'âges. • Identifier les personnes de la famille et/ou du groupe qui participent aux soins quotidiens.
5	Relation et communication	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre l'impact de la culture sur la communication à l'Autre. • Repérer les spécificités culturelles de la communication non verbale. • Utiliser des supports de communication interculturels.
7 et 8	Transmission des informations et organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Transmettre des informations adaptées aux personnes de cultures différentes. • Utiliser des outils adaptés pour réaliser une démarche éducative culturellement ciblée.

Proposer un support de formation théorique ciblé

■ **L'apport de connaissances théoriques** permet d'apporter de l'ordre et du sens à la pratique professionnelle. La formation initiale de l'aide-soignante peut proposer une approche culturelle avec des objectifs pédagogiques spécifiques.

■ **Ces derniers peuvent être en lien avec chaque module**, à l'intérieur desquels seront enseignés des éléments de type "culturaliste", c'est-à-dire ciblant les spécificités relatives à chaque culture, et essentiels, c'est-à-dire en évitant les catégorisations pour maintenir des démarches personnalisées (encadré 2).

Mettre en œuvre une démarche clinique interculturelle

■ **En situation clinique interculturelle³**, la démarche de soins s'appuie sur un recueil de données adapté⁴, contenant des éléments "universels" déclinés dans leur dimension culturelle parmi lesquels on trouve :

- **la communication** : langage, expression verbale et non verbale, acceptation du toucher, accès à un interprète familial ;
- **l'espace** : organisation de la chambre, gestion de la proximité, niveau de pudeur verbale et physique par rapport au voisin de chambre ;
- **le temps** : organisation d'une journée, activités quotidiennes qui rythment le temps ;
- **le corps et ses variations biologiques** : représentations et place du corps, caractéristiques physiques et biologiques, préférences alimentaires et en soins divers ;
- **le contrôle de l'environnement** : acceptation et réactions aux soins, représentations culturelles de la maladie physique et mentale et du système de soins proposé ;
- **l'organisation sociale** : présence et organisation de la famille, du groupe et/ou de la communauté, relations avec les uns et les autres, place de l'entourage dans la maladie et les soins quotidiens.

■ **Pour l'aide-soignante**, questionner tous ces éléments lui permet de proposer des actions de soins ciblées sur la personne en lien avec ses propres coutumes et croyances.



© Tania Hagemeister/Elsevier Masson SAS

Éléments d'évaluation de la compétence interculturelle

■ **L'aide-soignante adopte une démarche active centrée sur l'Autre**. Elle entre en relation avec une personne de culture différente sans crainte, préjugé⁵ ou rejet, qui sont des mécanismes de défense naturels ressentis par tous devant l'inconnu.

■ **Elle montre une compréhension de la situation interculturelle rencontrée**, recueille et identifie les spécificités culturelles dans les soins à ses patients (alimentation, soins d'hygiène, etc.), s'adapte aux situations nouvelles et aux contextes de soins interculturels, et identifie les besoins en communication et les outils adaptés à

la compréhension du patient étranger. Enfin, elle adopte une posture d'ouverture avec toute personne, de culture différente ou non.

Conclusion

La formation aide-soignante vise le développement des compétences professionnelles sans pointer spécifiquement la dimension culturelle du soin. Une approche clinique culturelle du patient peut être initiée dans chaque module pour l'acquisition d'une compétence spécifique, transversale aux autres. Souvent démunis devant l'inconnu, les soignants ont pourtant une part active dans la recherche de compréhension de l'Autre pour répondre au mieux à ses demandes. Identifier les représentations, croyances et symboliques, individuelles et collectives, de la personne, c'est l'accompagner au-delà de l'acte à réaliser. ●

Notes

1. **Leininger MM**. *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. National League for Nursing Press, 1991.
2. **Le Boterf G**. *L'ingénierie de compétences*. Éditions d'Organisation, 1998.
3. **Au sens large**, l'adjectif interculturel désigne tous les processus de rencontre entre cultures.
4. **Giger JN, Davidhizar RE**. *Soins infirmiers interculturels*. Lamarre, 1991.
5. **Le préjugé** est un jugement (positif ou négatif) formulé par anticipation, sans expérience préalable, à propos d'un objet, d'une personne ou d'une situation.

Référence

Tison B, Hervé-Désirat E. *Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle*. Masson, 2007.