



Approche culturelle des soins

M. Bellabes, M. Borschnek, H. Bouazouz, C. Chiri, C. Csinidis, P. Daubie, M. Garino, J. Favre, W. Nouri, L. Sambati

La notion de maladie est différente d'une époque à l'autre, comme d'une culture à l'autre. L'Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) Sainte-Marguerite, à Marseille, propose un module de sciences humaines en première année de formation en soins infirmiers. Un groupe d'étudiants ayant suivi cette formation ont présenté une communication intitulée « La clé des maux passe par les mots » aux Journées de l'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés ou étudiants (Anfiide) en 2003. Synthèse de ce travail.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Approche culturelle ; Communiquer ; Culture ; Individu ; Migration ; Patient ; Soin

Plan

■ Introduction	1
■ Une approche globale du soin	1
■ Mieux se connaître pour mieux comprendre l'autre	2
■ Aspect culturel des soins	2
■ Les devoirs de l'infirmier(ère)	2
■ Une prise en charge adaptée à la culture	3
■ Gérer la douleur suivant les cultures	3
■ Conclusion	3

■ Introduction

Depuis la nuit des temps, l'homme a toujours assimilé la maladie à quelque chose de négatif, intimement lié aux croyances qui accompagnent chaque ethnie. Malgré les différences de rites, de croyances et même d'époques, une constante reste commune à toutes les cultures. Déjà, dans la mythologie grecque, apparaît la notion de bien et de mal sous l'image de deux dieux : Éros et Thanatos, représentant la vie et la mort, la santé et la maladie.

Les sociétés primitives ont associé la maladie à un esprit maléfique qui envahit la personne.

Dans les sociétés judéo-chrétiennes, le concept de maladie est rattaché à un châtement divin, dont la signification peut avoir plusieurs sens : expier ses fautes ou gagner son paradis.

Petit à petit, l'inconscient collectif a développé et transmis des notions de mérite, de punition et de culpabilité. Ainsi, traversant les siècles, l'idée de la maladie étant rattachée au divin, au surnaturel, elle ne pouvait être combattue que par des personnes au service du bien. Pendant longtemps, ce sont les religieuses qui

ont œuvré contre la maladie, et c'est ainsi que notre profession a vu le jour. C'est au XVIII^e siècle que les humanistes opposèrent morale chrétienne et philosophie. L'émergence des sciences humaines et leurs différents courants de pensée, aux XIX^e et XX^e siècles, a permis de faire évoluer notre conception de l'homme et de la maladie.

■ Une approche globale du soin

Aujourd'hui, la mise en commun de tous ces savoirs permet une approche holistique du soin, même si nos comportements, conscients ou inconscients, restent empreints de ce lourd héritage culturel.

“ Point fort

Considérer la personne dans sa globalité rend le soin plus subtil qu'une plaie à désinfecter ou une veine à piquer.

Les sciences humaines correspondant à l'étude de cet héritage et de ses différents aspects, nous permettent en tant qu'infirmier(ère)s de connaître l'autre, selon une méthode de raisonnement adaptée qui nous amène à considérer le patient autrement que par son statut de « personne soignée », c'est-à-dire à s'intéresser à sa situation familiale, son statut social, sa culture, etc. Tous ces éléments, qui sont généralement relevés lors de l'arrivée du patient dans le service, ne devraient pas se réduire à un acte purement administratif, mais devenir

un véritable outil de travail pour permettre de mieux le connaître, et ceci de plus en plus finement au fil des jours, pour parvenir à une approche véritablement holistique de la prise en charge. Cette approche, dès l'entrée en première année d'Ipsi, semble être le fer de lance de la formation en sciences humaines : considérer la personne dans sa globalité, ce qui rend le soin plus subtil qu'une plaie à désinfecter ou une veine à piquer.

■ Mieux se connaître pour mieux comprendre l'autre

Pour aider les étudiants en soins infirmiers (Esi) à comprendre tout l'intérêt de cette approche par rapport à une autre, le programme de l'Ipsi Sainte-Marguerite, à Marseille, a été conçu selon une certaine logique (pas toujours évidente à percevoir par les étudiants au début !), mais qui commence au fil des mois à se révéler beaucoup plus pertinente qu'elle n'y paraissait !

En effet, l'aspect un peu dispersé des différentes approches au départ prend aujourd'hui la forme d'une entité très logique :

- le développement psychoaffectif en psychologie explique la structuration humaine interne, son squelette relationnel inconscient ;
- le concept de soi sensibilise la personne à la conscience qu'elle a d'elle-même, de ses émotions, de ses besoins, lui permettant peut-être d'être plus sensible à ceux des autres, en faisant preuve d'empathie ;
- la communication, quant à elle, représente la mise en œuvre des relations avec autrui. Ainsi, la propre intériorité de chaque Esi va crescendo vers celle de l'autre.

Pourquoi est-il nécessaire de détailler tous ces aspects de soi-même et des autres, alors que, dans la vie de tous les jours, certaines interactions humaines sont inconscientes et ne posent généralement pas de problème majeur à l'individu ? Parce que le métier d'infirmier est une profession qui nécessite des compétences réelles et spécifiques. Parmi celles-ci, outre des capacités techniques, sont nécessaires des qualités d'écoute, de soutien, de compréhension, fondées sur une observation rigoureuse et raisonnée, et sur un comportement adapté et réfléchi.

La relation est un soin à part entière. Pour la personne soignée, le soin technique est parfois un prétexte pour entrer en relation avec l'infirmière, qui est une personne de référence pour elle et parfois même une confidente. Ceci renforce une conviction : plus l'Esi se connaîtra, plus il sera en mesure de comprendre l'autre et de faire preuve d'empathie envers lui.

Cette même notion relationnelle se retrouve dans le cadre de l'éducation des patients (illustrée au cours de la formation en Ipsi par les théories de l'apprentissage et la démarche éducative) et dans la relation d'aide. Il existe bien, au cours de ces soins, la mise en place d'une méthodologie afin que tout ce qui va être dit à la personne soignée soit pertinent et prenne du sens pour elle.

Deux patients ne peuvent pas être éduqués de la même façon, car ils ne seront pas aussi réceptifs, dans la mesure où ils n'ont pas les mêmes habitudes de vie, la même histoire. Revient alors au soignant la tâche d'adapter ses méthodes à la personne soignée, et non l'inverse ; car malgré sa maladie, la vie d'une personne est articulée autour d'autres facteurs plus importants. C'est pourquoi le traitement devrait s'adapter à la vie du patient et non celui-ci s'adapter à la maladie et à ses

contraintes. Par exemple, on adapte des traitements pour le malade séropositif selon son rythme de vie afin de réduire au maximum le risque de non-observance ou on développe des chimiothérapies à domicile pour le traitement des cancers afin de privilégier un environnement familial rassurant.

■ Aspect culturel des soins

L'Esi a besoin de comprendre que la maladie (à laquelle il sera chaque jour confronté) n'est pas le centre de la vie du patient, mais que ce sont plutôt sa famille, ses aspirations, ses croyances, ses passions, etc., car elles sont tournées vers la vie. Il sera alors plus à même de nouer un dialogue un peu moins empreint de morbidité et de contraintes liées aux traitements, pour créer de réels échanges, fondés sur la confiance, et se donnera ainsi la possibilité de composer avec le patient des soins mieux vécus.

C'est dans cette *optique d'ouverture à l'autre* et des nécessaires connaissances de son environnement que, dans le cadre de la validation du module Sciences humaines de la première année de formation à l'Ipsi Sainte-Marguerite, a été élaboré un travail de groupe sur « l'aspect culturel des soins ».

Chaque groupe a dû choisir d'étudier une culture préalablement et rechercher ses particularités, les conceptions qu'elle transmettait de la maladie, la place de la famille, les représentations qu'elle véhiculait, ou encore ses différents rites. Ceci a permis d'avoir une représentation globale de plusieurs cultures.

Les méthodes de recherche de l'information ont été extrêmement variées : lectures, recherche Internet, interview de représentants de ces cultures, etc.

Des exposés ont été ensuite présentés. Selon qu'ils se sont inspirés de l'aspect conceptuel d'une culture – ce qu'elle devrait être ou tendrait à être – ou de l'aspect pratique – par le récit d'un vécu, d'une rencontre ou par une perception individuelle –, ils n'ont pas revêtu la même forme. Mais, finalement, la notion de complémentarité des concepts sur ces cultures est très vite apparue dans le fond et le vécu de chacun, ainsi que dans la forme. Ces deux éléments sont à l'image de chacun de nous : dans notre vie de tous les jours d'un côté, et en tant qu'étudiants en formation de l'autre, avec les cours théoriques et notre vécu sur le terrain, prenant conscience plus ou moins rapidement de l'écart qui s'inscrit entre les deux, à l'image de nos différences.

■ Les devoirs de l'infirmier(ère)

Dans le cadre législatif, le *décret n° 93221 du 16 février 1993*, relatif aux règles professionnelles des infirmiers, dans son article 25 du chapitre II, stipule : « L'IDE doit dispenser des soins à toute personne, avec la même conscience, quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard, et quels que soit l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie, son handicap ou sa réputation. »

Par ailleurs, l'article 2 du *décret 2002-194 du 11 février 2002*, relatif aux actes professionnels, précise que les soins sont réalisés en tenant compte de la personnalité du patient, dans ses composantes physiologiques, économiques, sociales et culturelles. L'attitude du futur

soignant envers les personnes hospitalisées de culture différente sera le reflet de ce qu'il est lui-même, de ce qu'il sera devenu au terme de sa formation en soins infirmiers et de son cheminement personnel et professionnel futur. Cependant, il est essentiel d'avoir une connaissance des principaux rites et croyances des différentes cultures afin de mieux les gérer, en s'abstenant de les juger et de mal les interpréter (*circulaire ministérielle n° 9522, du 6 mai 1995*).

La *Charte du patient hospitalisé* comporte dix grands principes, dont le septième rappelle la nécessité du respect de la personne et de son intimité.

La *loi du 4 mars 2002*, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, renforce la position de la personne soignée en tant qu'acteur de sa prise en charge.

■ Une prise en charge adaptée à la culture

Cette prise en charge holistique suppose donc que le soignant se concentre sur la personne, en se renseignant sur ses pratiques quotidiennes et ses habitudes alimentaires par exemple. Il est alors nécessaire d'accorder un temps et une attention particulière au recueil de données, afin de cibler les besoins de la personne. Ceci permettra d'éviter la confrontation avec les problèmes liés à la barrière linguistique, car communiquer passe, entre autres, par la compréhension de la langue de l'autre. Il faudra au soignant, en cas de différence linguistique, exploiter toutes les ressources disponibles, la famille étant généralement la première d'entre elles. Deuxième ressource, le langage gestuel et les dessins qui peuvent être utilisés pour expliquer un soin, par exemple. Troisième ressource : il existe dans chaque service une liste d'interprètes susceptibles d'intervenir auprès des patients sur demande.

Par ailleurs, il est essentiel d'*instaurer un dialogue constructif avec la famille* de la personne soignée. Dans certaines communautés (telle la communauté gitane par exemple), il y a parfois des situations où chaque membre de la famille, se sentant personnellement responsable vis-à-vis du patient, sollicitera l'équipe. Pour éviter la multiplicité des intervenants et des informations, le patient nommera un référent, auprès duquel la famille et les proches pourront s'informer de l'évolution de son état de santé.

En ce qui concerne *l'alimentation et l'hygiène alimentaire*, il s'agira de respecter là encore les choix du patient, en gardant tout de même à l'esprit le rôle éducatif du soignant, à lui communiquer par l'intermédiaire de sa famille, pour garantir une bonne adhésion aux soins, tel un régime sans sel.

Les *temps de prière* seront à respecter et un soin planifié involontairement sur un moment de recueillement pourra être reporté, s'il ne nécessite pas un horaire impératif ou une priorité absolue. C'est ce qu'a respecté une Esi stagiaire : « Je suis entrée dans la chambre d'un patient de confession musulmane pour réaliser un pansement. Celui-ci étant en train de faire sa prière, je me suis éclipsée discrètement et suis revenue un quart d'heure plus tard ».

L'objectif du soignant est aussi de *respecter la pudeur* des personnes soignées et d'essayer de minimiser les difficultés liées aux soins intimes. Dans la mesure du possible, et selon les ressources du service en personnel, il est souhaitable qu'un soignant du même sexe que le patient réalise les soins touchant aux parties intimes.



■ Gérer la douleur suivant les cultures

Il apparaît donc clairement que la prise en charge infirmière ne s'arrête pas au recueil de données. Celle-ci doit être une continuité dans les soins, du début de l'hospitalisation du patient jusqu'à la fin de son séjour.

Face aux multiples problèmes de prise en charge qui peuvent survenir tout au long de l'hospitalisation, il ne faut pas hésiter à passer le relais à d'autres soignants. C'est ici qu'apparaît l'intérêt de travailler en équipe pluriprofessionnelle, dans une même direction, pour le bien-être du patient, par l'intermédiaire notamment de réunions d'équipe pluridisciplinaire régulières, et des transmissions ciblées, par exemple. Cette coordination permettra une réelle continuité des soins et l'équipe pourra alors élaborer et affiner les diagnostics infirmiers prévalents pour le patient, notamment ceux portant sur la communication et la douleur.

En effet, le décret *relatif à l'exercice de la profession d'infirmier du 11 février 2002* intègre totalement la prise en charge de la douleur dans les compétences de l'infirmier (articles 2 et 5). La lutte contre la douleur est une priorité, mais ne se résume pas seulement à une prise en charge thérapeutique.

Les Esi, futurs soignants, doivent être vigilants et tenir compte des propos prononcés par le patient – « de ses maux, mais aussi de ses mots » –, de ses attitudes, de ses postures, de ses silences, et parfois de sa souffrance morale cachée.

La douleur a la valeur qu'on lui accorde, et celle-ci dépend entre autres de la culture : elle peut être acceptée par la personne soignée, qui ne se permettra pas de l'extérioriser, ou être exprimée de façon plus démonstrative si elle n'est pas considérée comme nécessaire à l'évolution spirituelle.

Le rôle infirmier dans la prise en charge de la douleur d'une personne de culture différente sera d'autant plus important, car il nous faudra accorder une attention plus particulière à cette composante cognitive de la douleur. Il est donc primordial d'être attentif, observer la personne soignée et évaluer ses attitudes verbales et non verbales. Ce qui faisait dire à Louis Pasteur : « Je ne te demande pas quelle est ta race, ta nationalité ou ta religion, mais quelle est la souffrance. » Le soignant doit en tenir compte pour apporter au patient des soins de qualité.

■ Conclusion

L'approche culturelle permet donc de penser la rencontre de la différence, de se mettre à distance, et ainsi de relativiser ses propres modèles et croyances. Elle aide aussi à mieux connaître, respecter, tolérer et comprendre l'autre, et permet que celui-ci se sente compris et reconnu en tant qu'individu singulier.

Les différences culturelles sont inscrites dans chaque activité quotidienne, comme manger, travailler, se vêtir, et dans nos relations aux autres. Elles influencent, voire construisent, l'individu pour qu'il soit en adéquation avec ses valeurs.

Dans la profession infirmière, des soins techniques sont prodigués, mais il est évident que ceux-ci vont de pair avec les soins relationnels. En effet, le soin n'est pas le résultat de l'application mécanique d'un traitement ou de l'adaptation passive de la personne soignée aux prescriptions médicales. Le soin devient plutôt un espace d'échanges et d'interactivité entre les différents acteurs, entre le soignant et le soigné, qui prend en compte la maladie, mais aussi la santé, l'environnement, etc. C'est de la qualité de l'écoute et du regard posé sur l'autre dont il est question.

Pour cela, les étudiants en soins infirmiers doivent être préparés à minima pour être capables d'exercer leur profession auprès de tous les patients et de leur dispenser des soins adaptés. Le futur soignant sera confronté régulièrement à différents référentiels culturels, auxquels il devra faire face sans en avoir forcément la grille de lecture. De ce fait, lors de leur formation en soins infirmiers, les étudiants sont sensibilisés aux différents aspects du soin et à la connaissance de l'être humain dans sa globalité.

Le fil conducteur de la formation en soins infirmiers, par le sens qu'il donne à l'information, la gestion, la planification et l'évaluation, doit être considéré comme un repère et une référence, et rester avant tout largement ouvert pour garantir une dynamique évolutive. En prenant conscience de ces aspects, le futur soignant pourra ainsi dispenser des soins infirmiers personnalisés,

qui intègrent à la fois les dimensions culturelles, relationnelles et techniques. La limite de la connaissance d'autrui réside donc dans la communication avec lui : il faut donc s'ouvrir à l'autre pour que l'autre s'ouvre à soi.

Article paru en première édition chez Elsevier Masson SAS, Paris. Soins n°686, juin 2004, pages 30 à 34.

Pour en savoir plus

Collière MF. *Soigner... le premier art de la vie*. InterEditions; 1996.
Lahire B. *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Nathan; 1998.
Laplantine F. *Anthropologie de la maladie*. Payot; 1993.
Vega A. Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier, Archives contemporaines; 2000.

M. Bellabes.

M. Borschnek.

H. Bouazouz.

C. Chiri.

C. Csinidis.

P. Daubie.

M. Garino.

J. Favre.

W. Nouri.

L. Sambati, étudiants en 2^e année.

Institut de formation en soins infirmiers (Ifsi) Sainte-Marguerite, assistance publique-hôpitaux de Marseille, Marseille, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Bellabes M., Borschnek M., Bouazouz H., Chiri C., Csinidis C., Daubie P., Garino M., Favre J., Nouri W., Sambati L. Approche culturelle des soins. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Savoirs et soins infirmiers, 60-535-M-10, 2009.

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos /
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur em-consulte.com et em-premium.com :

1 information supplémentaire

[Cliquez ici](#)