

R ENCONTRE

Catherine LEPAIN

Infirmière Spécialiste Clinique
Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
Centre Hospitalier Argenteuil

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

RÉSUMÉ

L'approche culturelle en soins infirmiers pour les patients musulmans maghrébins relevant des soins palliatifs

Exercer dans un établissement de soins accueillant différentes cultures dans la population soignée et soignante, favorise la réflexion sur l'approche interculturelle en soins infirmiers dans une approche de soins palliatifs.

Cette réflexion est :

- 1) intra-personnelle, elle interroge le soignant sur ses valeurs, croyances, certitudes, sa propre culture et identité, ses conceptions de la santé, la maladie et la mort.
- 2) interpersonnelle en reconnaissant l'autre à travers sa culture, ses valeurs, son unicité, en prenant en compte sa conception de la santé, la maladie et la mort.

Ce projet a pour but d'initier cette approche interculturelle en étudiant dans un premier temps la population maghrébine musulmane hospitalisée.

Il se déroule en trois étapes : La *première étape* à envisager consiste en une formation des soignants

La *deuxième étape* aboutira à la rédaction d'un support pédagogique sur « soins infirmiers et culture maghrébine ».

La *troisième étape* devrait voir apparaître de manière significative l'approche interculturelle dans la démarche clinique infirmière.

La finalité de ce projet devrait s'étendre dans l'avenir vers un partenariat de soins dans lequel tout patient se sent impliqué quelque soit son état, sa culture, ses croyances, son savoir et son mode de vie.

Mots clés : approche interculturelle - Musulmans, Maghreb et soins palliatifs - réflexion intra-personnelle et interpersonnelle - démarche clinique infirmière - partenariat de soins.

SUMMARY

Cultural health-care approach for North African Muslims revealing a need for palliative care

Working in a multi-cultural medical establishment, concerning both patients and nursing staff, calls for deliberations regarding the intercultural as well as palliative approach in nursing care.

These deliberations are :

- 1) intra-personal, in questioning the nursing staff on his/her values, beliefs, convictions, personal culture and identity, as well as opinions regarding health, illness and death.
- 2) Interpersonal, in recognizing the other person through his/her culture, values, individuality, while taking into account his/her opinions on health, illness and death.

The goal of this project is to initiate this intercultural approach by first studying the culture from the perspective of North African Muslims currently hospitalized.

It will develop in three steps: *The first step* to consider consists in training health-care professionals.

The second step will lead to the preparation of pedagogical support concerning "nursing care and North African culture".

The third step should significantly demonstrate the intercultural approach in clinical nursing procedures. In the future, the project's aim should progress towards a health-care collaboration in which each patient feels implicated regardless of his/her condition, culture, beliefs, education or lifestyle.

Key words: intercultural approach - Muslim, North African, and palliative care - intra-personal and interpersonal deliberation - clinical approach to nursing - health-care collaboration

R ENCONTRE

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

INTRODUCTION

Parler d'approche holistique comme exigence professionnelle implique de s'intéresser à l'approche interculturelle des soins, démarche ethnologique, anthropologique, éthique? (voir terminologie en lien avec l'approche culturelle : annexe n° I). En effet dans le décret du 16/02/93 fixant les règles professionnelles infirmières « obligation est faite à l'infirmier de soigner en respectant l'homme dans son intégrité, sa différence, ses mœurs et ses coutumes ». Cette obligation de soins est renforcée par la Déclaration des Droits de l'Homme, la charte du patient hospitalisé ainsi que les référentiels n° 1 et 2 de l'ANAES.

Chercher à reconnaître l'autre à travers sa culture favorise des soins riches de sens, d'humanité, des soins basés sur des décisions éthiques. Mais ce questionnement n'est-il pas aussi pour le soignant une interrogation sur sa propre culture, sa propre identité, ses convictions personnelles, croyances, certitudes qui déterminent ses rapports au corps, à la maladie, à la mort?

Quelles que soient ses racines, l'homme malade est porteur d'une histoire conjugée à ses convictions morales, religieuses ou philosophiques, c'est un être singulier qui interpelle notre être soignant.

L'observation de décalage entre la vision des soignants et celle des patients est plus apparente lorsqu'il s'agit de patients migrants car la différence culturelle est plus perceptible, elle fonctionne comme un effet loupe : on voit en plus gros ce qui se passe chez tout patient. L'établissement où j'exerce accueille une importante clientèle d'usagers de culture étrangère et en particulier originaire des pays du Maghreb. Ces patients ne maîtrisent pas tous la langue française et encore moins la terminologie médicale. Ils sont parfois éloignés de leur famille, ce qui nécessite une présence et un soutien plus importants de la part des soignants pour promouvoir une approche holistique.

La société multiculturelle engendre le fait que les soignants soient parfois éloignés dans leur mode de vie de la culture maghrébine. Ils connaissent rarement les rites alimentaires, funéraires, les valeurs familiales, les représentations culturelles face à la souffrance, la maladie, la mort, et les contraintes culturelles spécifiques, ce qui peut entraîner des difficultés dans les soins.

* CHA - Centre Hospitalier d'Argenteuil

* Équipe Mobile d'accompagnement et de Soins palliatifs

Ce projet est pour moi l'occasion d'initier sur le CHA* une réflexion sur l'approche interculturelle qui est dans un premier temps ciblée sur la culture maghrébine, mais qui devrait s'orienter vers les autres cultures et sous cultures (voir définition en annexe n° I) rencontrées, présentes dans le bassin de population couvert par l'établissement.

1. FONDEMENTS DU PROJET

Constats

Au cours de mon activité dans le cadre de l'EMASP*, j'ai fait divers constats qui m'ont permis de mettre en évidence des difficultés dans la prise en charge des besoins spécifiques à cette population.

Ces constats portent sur plusieurs aspects :

- La communication : avec incompréhension par le patient de l'évolution de sa maladie, car le langage utilisé par le médecin est trop scientifique. Il ne faut pas penser que le malade nie la gravité de sa maladie, mais, dans ce cas, ce peut être simplement le message qui n'a pas été décodé par le malade.
- Les soins : le régime alimentaire n'est pas toujours respecté, ou le patient est systématiquement au régime sans porc sans que la question lui ait été posée.
- La notion de pureté (ex. : lavage après être allé à la selle ou avoir uriné) n'est pas toujours respectée.
- La connaissance des rites funéraires dans l'islam, de l'importance de la famille auprès du malade en fin de vie,...
- L'agressivité qui peut être développée contre le malade ou son entourage car il y a incompréhension dans leur façon de communiquer (bruit, nombre...), qui ne correspond pas à celle du soignant.

Afin de valider ces constats et de tenter d'en identifier les causes, j'ai décidé d'interroger les soignants par l'intermédiaire d'un questionnaire. L'objectif était de valider les constats faits dans la pratique clinique. Cette enquête m'a éclairé sur :

- la sensibilité des soignants à l'approche culturelle,
- le fait que les soignants soient en mesure d'identifier les problématiques spécifiques à cette culture en fin de vie.

Ils sont demandeurs de formation adaptée à la culture maghrébine.

Par contre je reste très critique par rapport à l'élaboration du questionnaire.

Les questions sont très générales et n'engagent pas le soignant dans une implication personnelle et par conséquent je n'ai pas pu identifier à travers cette enquête s'il y avait un manque de connaissances, des préjugés ou autres.

61 % des soignants pensent qu'il est plus facile de soigner un patient maghrébin en étant soi-même maghrébin mais du fait de l'anonymat je ne peux aller plus loin dans l'analyse. Mais je constate que dans la pratique clinique en situation de fin de vie il n'y a pas de différences significatives.

Problématique

Les soignants développent peu l'approche multiculturelle dans leur relation aux soignés soit par réticences dues à une peur de l'inconnu, soit par méconnaissance des habitudes culturelles ou enfin par préjugés véhiculés dans la société française.

La prise en soins du patient musulman maghrébin, relevant de soins palliatifs, et prenant en compte une approche culturelle, permettra à la personne soignée d'«être partenaire de soins» tel que le définit C. Mordacq. Cette seconde hypothèse m'amène à penser que le patient pourra alors donner son consentement éclairé sur les soins proposés, construire un projet de vie adapté à son état, ses croyances, son savoir et son mode de vie.

2. CADRE CONCEPTUEL DU PROJET

2.1 Concepts fondamentaux s'appuyant sur les théories de Jean Watson, Madeleine Leininger et Virginia Henderson, ainsi que des travaux sur le recueil de données de Joyce Newman Giger et Ruth Elaine Davidhizar.

Mon projet repose sur le concept de «caring», concept central en soins infirmiers qui a été éclairé

d'un point de vue anthropologique par Leininger en 1981. Watson, en 1985, propose un idéal de soins infirmiers qui soit à la fois humaniste et scientifique. En effet, la base scientifique du caring allie les sciences biophysiques aux sciences comportementales et implique l'utilisation des sciences humaines, ce qui constitue une association humaniste-scientifique.

«Les théoriciennes de l'école de caring croient que les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins aux personnes si elles s'ouvrent à des dimensions telles que la spiritualité (Watson) et la culture (Leininger) et si elles intègrent les connaissances reliées à ces dimensions.¹

• **Jean Watson** a une orientation existentielle, phénoménologique et spirituelle. Elle considère la discipline infirmière comme une science humaine et un art.

«Watson (1988) considère que le soin commence quand l'infirmière entre dans le champ phénoménal d'une autre personne et perçoit, ressent et répond au vécu de l'autre de manière à lui permettre de laisser aller des sentiments ou des pensées qu'il rêvait de laisser aller (1988). Cette expérience facilite l'harmonie»².

Elle a proposé dix facteurs de soin, appelés «facteurs caratifs», qui constituent la base pour développer la science infirmière et orienter la pratique infirmière. Ces facteurs caratifs sont :

1. la formation d'un système de valeurs humaniste-altruiste,
2. la prise en compte et le soutien du système de croyances et de l'espoir,
3. la culture d'une sensibilité à soi et aux autres,
4. le développement d'une relation d'aide et de confiance,
5. la promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs,
6. l'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision,
7. la promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel,
8. la création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction,
9. l'assistance dans la satisfaction des besoins humains,
10. la prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques.

¹ Kerouac (S), *La pensée infirmière concepts et stratégies*, Maloigne, 1994

² Kerouac (S), *La pensée infirmière concepts et stratégies*, Maloigne, 1994

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

Les trois premiers agissent en synergie dans un processus qui favorise des changements positifs dans l'état de santé. Ils constituent un fondement philosophique à la science du caring. *Watson voit la **personne** comme un « être dans le monde » qui perçoit, qui vit des expériences et qui est en continuité dans le temps et l'espace. Les trois sphères de l'être dans le monde : l'âme, le corps et l'esprit, sont influencées par un changement du concept de soi. La personne s'efforce continuellement de s'actualiser et d'établir une harmonie entre ses trois sphères.*

*La **santé** pour sa part, est la perception d'être un avec ce qui est, c'est l'unité et l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit. La santé est associée au degré de cohérence entre le soi perçu et le soi vécu. L'harmonie « corps, âme et esprit » engendre un respect de soi, une connaissance de soi, un soin envers soi et une auto guérison.*

*L'**environnement** est constitué du monde physique ou matériel et du monde spirituel. L'environnement représente toutes les forces de l'univers aussi bien que l'environnement immédiat de la personne.*»³

Le système de valeurs humaniste-altruiste aide à tolérer les différences et à voir les autres à travers leurs systèmes de perceptions spécifiques plutôt qu'à travers son propre système.

L'étude des sciences humaines favorise un nouveau regard sur les personnes d'autres cultures.

Les fondements de l'empathie sont posés lorsque l'on commence à s'ouvrir, s'interroger, tolérer voire accepter des conceptions, valeurs, croyances divergentes de la vie, de la mort et du monde en général. Il est possible de développer des valeurs humanistes et le comportement altruiste par un examen approfondi de ses conceptions, croyances et valeurs en étudiant les sciences humaines ou en vivant des expériences auprès d'autres cultures.

Avant d'être en mesure d'apporter une prestation altruiste, l'infirmière doit résoudre quelques-uns des problèmes concernant sa propre identité, personnelle et professionnelle.

L'infirmière ne doit pas ignorer l'importance du rôle des sentiments, des croyances et de l'espoir qui peuvent influencer le processus de guérison et l'issue de la maladie. L'infirmière découvre ce qui a du sens et ce qui est important pour cette personne.

Le système de croyance et l'espoir proviennent d'un système de valeurs humanistes-altruistes et s'appuient sur ce dernier pour promouvoir des soins professionnels holistiques et produire un état de santé positif.

La sensibilité à soi et aux autres s'appuie sur le développement de ce système de valeurs humanistes-

altruistes et la prise en compte du système de croyance et de l'espoir.

Elle engage l'infirmière à aider d'autres personnes à réaliser des objectifs tels que la satisfaction, le confort, l'absence de douleur et de souffrance et un état de santé meilleur.

Elle est plus à même d'apprendre la conception du monde d'une autre personne. La culture, la langue, le système de croyance et les valeurs influencent ses désirs et ses inquiétudes à propos du confort, de la guérison et du bien être.

- **Madeleine Leininger** a allié des connaissances en anthropologie avec les sciences infirmières.

Sa théorie à propos des soins infirmiers transculturels est l'aboutissement de trois décennies de développement et perfectionnement de ses expériences et observations auprès d'enfants atteints de maladie mentale de cultures diverses. Elle note des comportements définis différents, et commence à se questionner à propos de l'absence de soins culturels dans l'orientation des soins infirmiers, ainsi que sur l'influence de la culture dans l'approche des comportements humains.

Réalisant que les soins infirmiers pouvaient bénéficier de certaines théories de l'anthropologie et après des études supérieures à l'Université de Washington, Leininger a été l'instigatrice du développement du champ des soins infirmiers transculturels.

Un objectif majeur de la théorie est d'améliorer la qualité des soins aux personnes par l'emploi de connaissances en soins infirmiers transculturels, qui reflètent le soin professionnel culturellement basé sur les valeurs, croyances et styles de vie des différentes cultures.

Les actions de soins et interventions dérivées des soins infirmiers culturels sont prescrites pour :

1. le maintien de la santé du patient, c'est à dire d'activités d'assistance et de facilitation basées sur la culture de la personne et qui maintiennent sa santé et son style de vie à un niveau adéquat.
2. l'adaptation ou la négociation des soins culturels, c'est à dire d'activités d'assistance et de facilitation adaptées, négociées ou ajustées à la santé et au style de vie de la personne.
3. le remodelage ou la restructuration de soins culturels, activités visant à aider la personne à changer ses habitudes de vie de manière à ce que les nouvelles habitudes de vie continuent à avoir du sens pour elle tout en répondant à son problème de santé.

³ Kerouac (S), *La pensée infirmière concepts et stratégies*, Maloine, 1994

Les soins culturels professionnels peuvent aussi aider des patients à affronter la mort de façon paisible et significative.

« *Le soin professionnel de l'infirmière comporte donc des modes d'aide basés sur une science et un art humaniste qui s'apprennent. Il respecte les systèmes de soin traditionnels et non professionnels qui supportent la vie et la mort. Le soin humain favorise la croissance et la survie* ». ⁴

Les soins infirmiers sont basés sur des connaissances transculturelles apprises par l'examen de la structure sociale, la vision du monde, les valeurs, la langue et les contextes environnementaux de divers groupes culturels. Ainsi, les soins infirmiers sont en accord avec la culture et favorisent le maintien de la santé et son recouvrement.

Selon cette conception, la **personne** est un être qui ne peut être dissocié de son fondement culturel. Ses expressions et son style de vie reflètent les valeurs, les croyances et les pratiques de sa culture. La personne représente les individus, familles et groupes culturels.

« La **santé** ne signifie alors plus l'absence d'une maladie ou un point sur un continuum ; elle se réfère aux croyances, aux valeurs et aux façons d'agir, qui sont culturellement connues et utilisées afin de préserver et de maintenir le bien-être d'un individu ou d'un groupe, et d'exécuter les activités quotidiennes. La santé est imbriquée dans la structure sociale et, par conséquent, elle varie d'une culture à une autre.

L'**environnement** se rapporte à tous les aspects contextuels dans lesquels la personne se retrouve. Ce sont les aspects physiques, écologiques, sociaux ainsi que la vision du monde et tout autre facteur ayant une influence sur le style de vie de la personne. L'environnement est principalement extérieur à la personne, il exerce une influence sur le quotidien et l'existence de cette personne. Le contexte, c'est à dire toutes les influences structurelles et environnementales, fournit une signification aux expériences de vie de la personne. C'est pourquoi un comportement n'est significatif que dans la mesure où il s'insère dans un environnement » ⁵.

Les concepts clés de la théorie de Leininger reposent sur le soin, la culture, l'environnement (contexte et structure sociale) et le système de santé. Dans chacun de ces concepts centraux, la personne est la référence et est considérée dans une dimension donnée à la fois anthropologique et de soin infirmier. Madeleine Leininger part d'un principe universel qui définit tout être humain comme un être culturel possédant en lui la propriété de se soigner. Les êtres humains sont vus dans des contextes spécifiques environnementaux et

culturels. La santé est culturellement définie selon une perspective de la structure sociale et de la vision du monde.

La théorie de Madeleine Leininger est résumée dans le schéma appelé « le modèle du soleil levant ».

• **Virginia Henderson** a été influencée par la physiologiste Stackpole et le psychologue Thorndike, d'où la complémentarité des dimensions bio physiologiques et psychosocioculturelles, ainsi que par Maslow, puisque Virginia Henderson présente une liste de 14 besoins fondamentaux. Elle refuse de faire une séparation entre le caractère émotionnel, physique et mental des soins. Elle montre la nécessité d'évaluer l'impact de chacun de ces caractères pour une meilleure connaissance et appréhension des besoins de la personne. C'est ce que l'on découvre du malade qui se rapporte à tel ou tel besoin, non une liste exhaustive de besoins que l'on décline à l'aveugle, c'est la façon dont se manifeste le besoin qui demande à être étudiée avec le soigné. S'occuper du malade c'est rechercher ce qui l'aide à vivre, chercher à favoriser tout ce qui peut stimuler le désir de vivre et le rendre possible. **Les soins infirmiers sont un soutien apporté au malade, lui procurant les connaissances, la volonté ou l'énergie dont il a besoin, pour accomplir les activités quotidiennes et pour mettre en œuvre le traitement qui lui a été prescrit par le médecin.** Ce soutien nécessite un effort pour comprendre le malade ce qui demande une bonne écoute, de l'observation et l'interprétation continue de la communication non verbale tout en validant cette interprétation du patient. Il faut que l'infirmière se connaisse elle-même, ait conscience des émotions qui l'empêchent de se centrer sur la personne soignée et qui peuvent entraver la compréhension réciproque entre elle et le malade (empathie, relation d'aide...).

Le concept de soins infirmiers de V. Henderson exige que l'infirmière comprenne les besoins fondamentaux de l'homme de façon à pouvoir **aider le patient à pourvoir à ses besoins ou à maintenir sa vie aussi normale que possible, même au cours de la maladie.** Les infirmières agissent en indépendance avec d'autres professionnels de la santé. Le sens du concept doit aboutir à un service individualisé, compris par le patient et fourni avec son consentement.

Virginia Henderson postule que la personne est un tout complexe présentant 14 besoins fondamentaux, et chaque besoin a des dimensions d'ordre bio-physiologique et d'ordre psycho-socioculturel.

⁴ Kerouac (S), *La pensée infirmière concepts et stratégies*, Maloine, 1994

⁵ Kerouac (S), *La pensée infirmière concepts et stratégies*, Maloine, 1994

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

C'est la satisfaction de ces besoins fondamentaux dans toute leur complexité qui maintient l'intégrité de la personne et définit la notion de santé.

J'ai choisi ces trois théoriciennes pour mon projet clinique car elles sont essentielles pour celui-ci et pour le CHA. En effet, vu la population soignée, il paraît important pour pouvoir adhérer à la démarche qualité et au projet de soins infirmiers de l'établissement, ainsi qu'à la demande de soins de développer, le concept de « caring » enrichi par l'approche anthropologique de Madeleine Leininger qui manquait à Virginia Henderson.

- Recueil de données de **Joyce newman Giger** et **Ruth Elaine Davidhizar**.

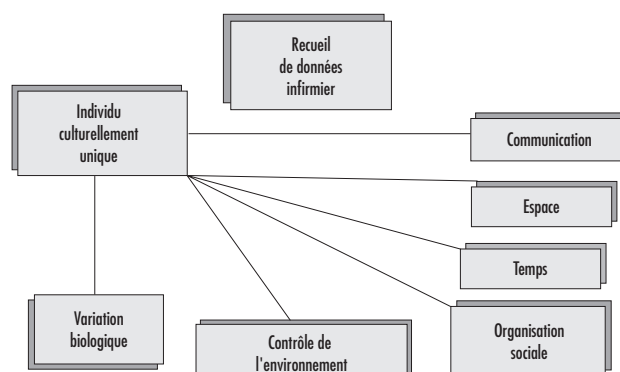
Afin d'avoir les connaissances transculturelles servant de base aux soins infirmiers pour une personne, un recueil de données est nécessaire. Malheureusement, il n'existe pas de méthode systématique pour un recueil de données complet. En effet, le concept de soins infirmiers transculturels existe depuis une vingtaine d'années, et il y a très peu d'écrits à ce sujet. Pour connaître les soins infirmiers interculturels et leurs implications dans les soins infirmiers, il faut avoir des connaissances de base sur la culture, les valeurs culturelles et la diversité culturelle des soins infirmiers.

« Pour Leininger, les valeurs culturelles se définissent comme une manière désirable ou préférée d'agir ou de connaître quelque chose qui, avec le temps, est encouragée et renforcée par la culture et finit par gouverner ses actions et ses décisions.⁶ »

« Des soins infirmiers culturellement adaptés aux malades doivent prendre en compte six phénomènes culturels qui varient selon leurs conséquences et leur utilisation mais sont cependant présents dans tous les groupes culturels : la communication, l'espace, l'organisation sociale, le temps, le contrôle de l'environnement et les variations biologiques ». (tableau ci-contre)

Dans l'ouvrage de Joyce Newman Giger et Ruth Elaine Davidhizar⁷ il est développé pour chaque phénomène culturel, l'implication au niveau des soins infirmiers.

Bien sûr, il faut adapter leur application et utilisation à chaque culture. Il faut recueillir individuellement ces données.



Applications des phénomènes culturels à la pratique infirmière et aux soins infirmiers

Chacun de ces phénomènes culturels va être développé et mis en lien avec le thème de ce projet. Dans la deuxième partie du projet ils serviront de support au recueil des données.

Au centre hospitalier d'Argenteuil, nous travaillons selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson. Le recueil de données actuel recense les 14 besoins fondamentaux, les événements marquant de la vie du patient et son vécu par rapport à la maladie.

Je pense qu'il n'y a pas d'opposition à continuer à travailler selon ce modèle conceptuel, par rapport à l'approche culturelle, à partir du moment où ce recueil est bien individualisé et adapté à la culture de la personne en prenant en compte les éléments cités plus haut.

2.2- Représentations de la maladie, de la souffrance, des soins palliatifs et de la mort dans l'Islam.

L'Islam ordonne au musulman d'entretenir sa santé, sa vie durant, pour pouvoir accomplir la mission qui lui incombe ici-bas en conférant à la vie sa place primordiale, en se référant directement au Coran et à la tradition. Le hadith du prophète prescrit : « Soignez-vous, Dieu n'ayant créé de maladie qu'en lui créant un remède, (que celui qui en prend connaissance le mette en pratique) ».

⁶ Kerouac (S), *La pensée infirmière concepts et stratégies*, Maloine, 1994

⁷ Newman Giger (J) et Davidhizar (R. E), *Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins*, Lamarre et Gaetan Morin éditeur, 1991

Pour les musulmans, la maladie, la souffrance et la mort correspondent à ce que Dieu permet. L'attitude du croyant est faite alors de soumission et de confiance. Le musulman attend avec confiance le remède proposé par les médecins qui ne sont que les « exécutants » de la volonté divine. Le contrat qui lie le médecin à son malade est un contrat de moyens, non un contrat de résultat. Les musulmans vivent le rapport à la mort de façon naturelle. C'est l'étape d'un processus intégré dans l'ensemble d'une existence humaine. L'homme vient de Dieu et retourne vers Dieu, au moment où il le permettra. Les musulmans réagissent donc à l'acharnement thérapeutique. Bien sûr, chaque être étant différent, les réactions peuvent parfois être différentes de celles décrites ici.

Dans le Coran, Allah dit : « croyez-vous entrer au paradis sans être éprouvé ? » Et le prophète Mahomet complète ce message dans la tradition : « A la manière du feu qui purifie le métal précieux, la maladie que subit le musulman le prépare à être gracié et exempt de tout péché ».

« La maladie est un temps d'épreuve que le musulman vit sous le regard de Dieu. Elle peut être un temps propice pour s'engager plus avant dans la voie de l'Islam, c'est à dire de la soumission⁸ ».

« La souffrance peut être reliée au mot latin « patior... patience... paciencia ». Un patient n'est pas celui qui attend... un patient est celui qui endure, qui souffre. Sa souffrance est connotée d'un certain nombre de valeurs, d'un certain nombre de significations et parfois reliée à un contexte culturel [...] La souffrance s'exprime de manière différente selon les éléments psychologiques, éducationnels, historiques et culturels. L'Islam recommande le calme, une espèce de stoïcisme devant l'épreuve, la souffrance et même la mort. [...] Assumer la souffrance, assumer la douleur est une pure manifestation de la foi. [...] Il est dit dans le Coran que « Dieu se penche avec plus de miséricorde et de consolation vers l'homme qui souffre ». L'être humain qui souffre se rapproche de Dieu. [...] Il est dit dans le Coran : « Cherchez du secours dans la patience et la prière. En vérité Dieu est avec ceux qui endurent. » Du Coran découle donc la notion que la souffrance physique doit s'assumer en termes de patience, d'endurance et de prière.

On ne saurait désespérer de Dieu. [...] Actuellement, on considère que même avec les traitements opiacés, le contrôle de la douleur est une nécessité. Les opiacés sont interdits en tant que drogue dans les religions. On

se réfère aux versets coraniques qui disent que l'illicite devient licite en cas de nécessité. Autrement dit nécessité fait loi. [...] La douleur doit être considérée dans sa signification qui n'est connue que de Dieu et l'on ne doit pas sous prétexte d'une douleur intense attenter à sa vie ou à celle d'autrui. Ni suicide, ni euthanasie⁹. » « L'administration de calmants doit être faite dans le seul but de soulager la douleur.¹⁰ »

« La vie est un don de Dieu et il est fait obligation à l'homme de la préserver spirituellement mais aussi dans son corps et dans les soins appropriés en cas de maladie ».

De cette obligation de protéger la vie jusqu'à ce que Dieu la reprenne, dérivent :

1. Le respect de l'intégrité du corps humain, de sa dignité ;
2. L'interdiction formelle de pratiquer l'euthanasie, le suicide ;
3. La recommandation des soins généraux jusqu'au terme de la vie.

Aux confins de la vie et de la mort la science médicale, ne peut qu'accomplir le dessein de Dieu. Pour le médecin, instrument de cette volonté, la noblesse de son art et la justification éthique de sa pratique sont d'assister, de soulager et de compatir à la souffrance d'un patient, notamment dans ces états extrêmes et vacillants où la vie lutte contre la mort.

Les éléments de cette lutte sont de nature complexe, autant physiologiques que psychologiques et spirituels. Cette approche globale est l'émergence d'une conception humaniste, éthique et spirituelle du respect de la personne humaine faisant elle-même redécouvrir le sens vrai de la médecine, qui remet régulièrement en question ses bases éthiques et déontologiques à mesure de ses progrès technologiques. La meilleure connaissance du comportement psychologique du malade fondée sur une écoute attentive doit accompagner la vie jusqu'au terme de la logique rationnelle. C'est la formation technique et humaniste qui doit présider désormais à la performance des équipes de soins palliatifs. Dans les sociétés traditionnelles, et chez les musulmans la proximité de la mort est entourée d'une présence affective de l'environnement familial qui manifeste sa sollicitude et ses soins dans ces instants solennels, ritualisés.

La religion s'y manifeste par l'invocation divine, la shahada qu'on fait répéter sans cesse par le mourant ainsi que la récitation de quelques versets coraniques

⁸ Brunin (J. I), Le mourir et la mort en Islam,

⁹ Dr. Dalil Boubakeur *Douleur et souffrance dans l'islam*

¹⁰ Dr. Dalil Boubakeur *Soins à un malade musulman*

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHREBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

afin de donner à ces instants toute leur solennité et spiritualiser ces derniers instants afin de diminuer l'angoisse et fortifier le mourant dans sa voie vers l'au-delà.

C'est ainsi qu'il paraît fondamental d'associer familles, soignants et religion dans les soins terminaux. L'angoisse tout autant que la douleur doivent être pris en considération par des recours appropriés. La douleur est une épreuve de dieu, elle n'a pas de caractère rédempteur. Il faut lutter contre la douleur par les opiacés. Améliorer le cadre de vie, la communication c'est veiller au statut du mourant en tant que personne humaine dans le respect de sa dignité, de son identité. La conception du terme de la vie par le musulman est faite d'une intense méditation sur le sens de la vie terrestre, d'un stoïcisme calme et soumis à l'abandon de la vie à quoi le croyant se prépare durant tout son parcours terrestre. Toute la vie du croyant musulman est une longue préparation de la vie future, et la mort n'est envisagée que comme un passage nécessaire, obligé vers un au-delà qui est une promesse, et une espérance, de jugement et de rétribution. Dans le coran il est indiqué que la vie future est « meilleure que celle d'ici-bas », de plus la vie terrestre est présentée comme un mirage éphémère par rapport à la vraie vie qui est celle de l'au-delà. La formation des équipes de soins palliatifs doit donc se familiariser avec la représentation de la mort chez le musulman.

L'entourage d'un mourant doit fortifier l'âme inquiète et l'angoisse perceptible du patient en l'assistant, en le traitant avec humanité et en considérant que les nécessités biologiques de son organisme ne doivent en aucun cas être négligées. Soins, hygiène corporelle, soutien psychologique, rappel discret et par allusion de ses principes religieux, sont destinés à préparer le mourant à une fin humainement supportable et spirituellement expliquée.

Le droit du mourant est avant tout un droit au respect de ses derniers instants.

Quand les signes de la fin se manifestent, on doit orienter le moribond vers La Mecque¹¹ ».

Le Coran parle de deux morts :

La première mort est la mort biologique ou naturelle.

Dieu va ressusciter tous les morts pour les juger. Ceux qui auront été reconnus justes seront récompensés et ils ré-intégreront le Paradis. Ceux qui auront « mécré » subiront des supplices pour disparaître définitivement dans une seconde mort.

La mort est présentée comme un chemin de retour vers Dieu. Elle est inéluctable : « toute vie insufflée doit goûter à la mort » (Sourate 3/185) ; elle fait retourner à

Dieu : « toute créature vivante doit goûter à la mort, puis c'est à Nous que vous serez retournés. » (sourate 29/57).

C'est le retour en vue du jugement : on rend des comptes et on obtient sa Rétribution. La mort fige l'homme dans sa soumission ou son infidélité. Il n'y a pas en Islam de notion d'intercession pour les morts. La prière pour les morts ou les mourants ne peut, en aucun cas se substituer à la responsabilité de celui qui meurt : « vous ne répondrez que de votre propre personne... c'est vers Dieu que vous retournerez tous et Il vous informera de ce que vous faisiez ». (sourate 5/105).

L'agonie a une valeur positive chez les musulmans. À ce moment, la tradition coranique prétend que les mondes inconnus se dévoilent au mourant. Il voit alors clairement les choses, comme le paradis ou l'enfer. L'agonie est ainsi vue comme un temps de répit accordé par dieu, afin de permettre à l'homme de se décider en sa faveur. L'agonie apparaît comme un temps de grâce.

2.3- La communication

La communication est une composante essentielle dans l'approche culturelle des soins infirmiers. Les spécificités culturelles interfèrent dans le soin au patient de culture maghrébine. Pour cette raison il m'a paru essentiel de définir la communication dans le cadre conceptuel, dans un chapitre unique.

La communication est un processus continu par lequel une personne (émetteur) peut agir sur une autre (récepteur) par un comportement verbal et non-verbal. Elle comporte plusieurs informations qui constituent le message à transmettre.

La communication implique la communication verbale, incluant un vocabulaire et une structure grammaticale.

Parallèlement à ceci des indices significatifs de communication sont perçus grâce à la qualité de la voix, à son intonation, à son rythme et à son débit, de même qu'à l'accent utilisé.

La communication est donc l'ensemble des moyens à mettre en œuvre pour limiter l'altération du message.

Le cadre de référence de l'émetteur, c'est à dire le système des opinions, du savoir, des normes et des valeurs qui donnent sens à ce qu'il va dire, peut altérer le message.

¹¹ Dr. Dalil Boubakeur *Soins palliatifs et tradition islamique*

Les attitudes envers l'autre, les préjugés, la présence d'un tiers peuvent transformer le contenu et la façon de présenter la communication.

Le cadre de référence du récepteur va influencer ce qu'il va entendre ou ne pas entendre du message.

L'état de préparation du récepteur, la crédibilité que le récepteur accorde à l'émetteur, le décodage du message, la compréhension doivent également être pris en compte.

La communication implique également des messages non-verbaux, qui incluent le toucher, l'expression faciale avec le mouvement des yeux ainsi que la position du corps.

Attention à rester dans les normes culturelles du toucher, celles-ci sont en général décelables par notre observation, en faisant attention aux réactions du patient au toucher. Il faut utiliser judicieusement le toucher et ce après avoir établi une notion de confiance; il ne faut donc pas contraindre. **Il est important d'utiliser le toucher de manière empathique, délibérée et en faisant attention aux besoins spécifiques et uniques de la personne.**

La communication, qui est au cœur des programmes infirmiers, n'évite pas que des barrières peuvent s'élever entre les infirmières et les malades en cas d'absence de communication liée au fait qu'ils sont tous deux de milieux culturels différents, ne parlent pas la même langue, ou que leur mode de communication diffère. Ils peuvent se sentir tous deux impuissants. De la part du malade, il peut exister de l'agressivité, un repli sur soi ou refus de soins. De leur côté les infirmières peuvent également exprimer de l'agressivité si elles n'arrivent pas à se faire comprendre. Il est important de connaître les perceptions du malade sur sa santé et non de penser selon nos propres conceptions.

Les types de communication à tous les individus d'une culture donnée ne doivent pas être généralisés, car les modes de communication sont souvent uniques.

Tout en ayant en tête des modèles culturels communs, il est essentiel d'aborder le malade comme un individu et de ne pas le faire entrer dans une catégorie en raison de son héritage culturel.

La communication efficace avec des malades de culture différente passe nécessairement par un mode d'emploi.

D'après Joyce Newman Giger et Ruth Elaine Davidhizar, il existe « des règles pour entrer en relation avec des patients de culture différente¹² » :

- a) Recueillir les informations sur les croyances individuelles dans l'entourage
- b) Recueillir des données sur les variables de la communication
- c) Planifier les soins en s'appuyant sur les besoins communiqués et l'héritage culturel
- d) Modifier les formes de communication pour se rapprocher des besoins culturels
- e) Comprendre que témoigner du respect au patient et aux besoins qu'il a communiqués est fondamental dans une relation thérapeutique
- f) Communiquer de manière non menaçante
- g) Utiliser des techniques de validation dans la communication
- h) Tenir compte des réticences à parler lorsque le sujet implique des thèmes sexuels
- i) Utiliser des approches particulières lorsqu'il s'agit de patients ne parlant pas le français
- j) Utiliser un interprète pour améliorer la communication

Ces différentes règles vont être détaillées dans la démarche clinique, en particulier dans le recueil de données.

3. PROJET CLINIQUE

3.1. Spécificités de la démarche clinique infirmière auprès de patients musulmans du Maghreb relevant de soins palliatifs.

RECUEIL DE DONNÉES AFIN DE RECHERCHER DES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À LA PRISE EN SOINS

Comme nous l'avons vu précédemment : « Des soins infirmiers culturellement adaptés aux malades doivent prendre en compte six phénomènes culturels qui varient selon leurs conséquences et leur utilisation mais sont cependant présents dans tous les groupes culturels : la communication, l'espace, l'organisation sociale, le temps, le contrôle de l'environnement et les variations biologiques¹³ ».

¹² Newman Giger (J) et Davidhizar (R. E), *Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins*, Lamarre et Gaetan Morin éditeur, 1991

¹³ Newman Giger (J) et Davidhizar (R. E), *Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins*, Lamarre et Gaetan Morin éditeur, 1991

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHREBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

Dans le livre de Virginia Henderson « La nature des soins infirmiers » de 1966, traduit en France en 1994, elle insiste sur le fait que les besoins ne doivent pas être inventoriés de façon linéaire et systématique mais apprendre à les discerner dans une lecture phénoménologique qui parvient à saisir « *la dynamique interactive de ce qui arrive à tel homme ou telle femme atteint de telle diminution fonctionnelle et/ou de telle pathologie, à tel moment de leur vie, dans telles circonstances et tel environnement?*¹⁴ ». Elle prend également en compte les dimensions : espace et temps.

LA COMMUNICATION

La majorité des maghrébins parlent français, mais ce n'est pas le cas pour certaines femmes venues lors du regroupement familial et le problème de langue peut alors exister. Il est aussi parfois difficile de comprendre le langage médical même si l'on a les bases du français. Deux éléments interviennent dans une bonne communication : la connaissance de la langue du soigné, notre attitude en tant que soignant.

Il est important d'avoir une attitude ouverte et avoir des connaissances par rapport à la culture de l'autre. Connaître quelques mots de la langue du patient est toujours apprécié.

Il faut utiliser des techniques de validation de la communication, ne pas se contenter du « oui-oui » du patient mais lui demander de reformuler.

Il existe « des règles pour entrer en relation avec des patients de culture différente¹⁵ » :

a) *Recueillir les informations sur les croyances individuelles dans l'entourage* : la prise de conscience de la part de l'infirmière de ses propres croyances est essentielle dans une relation avec des patients de culture différente. Il faut qu'elle écarte tout a priori, valeurs personnelles, idées et attitudes de jugement qui pourraient avoir un effet négatif sur ses soins et interférer dans le recueil de données.

Elle peut alors recueillir les informations concernant la religion, les croyances et valeurs de la personne qui peuvent être essentielles pour sa prise en charge auprès de l'entourage ainsi que leur ressenti.

b) *Recueillir des données sur les variables de la communication* : il faut évaluer chaque patient selon un point de vue culturel. Chaque patient fait partie d'une culture dominante mais appartient également

à une sous culture. Il n'est pas nécessaire d'obtenir des informations sur tous les aspects d'une culture donnée. Il faut recueillir l'identité ethnique, comportant le nombre de générations vivant en France. En effet les croyances peuvent être différentes entre une première ou deuxième génération (voir dans la terminologie le terme acculturation, annexe n°1).

Ce recueil doit être fait auprès du malade, car parfois l'entourage peut avoir des convictions différentes des siennes. Il est important de recueillir les facteurs culturels pouvant influencer la relation, par exemple une infirmière ne devra, pas soutenir le regard d'un homme, car il l'interpréterait comme un manque de respect, une provocation.

c) *En vue de planifier les soins en s'appuyant sur les besoins communiqués et l'héritage culturel* : Il est essentiel de planifier les soins pour que ceux-ci soient cohérents avec les informations recueillies sur le mode de vie et sur les besoins particuliers tels qu'ils ont été communiqués par le malade et sur lesquels lui et l'infirmière se sont mis d'accord. Pour que son plan de soins soit adapté, il est essentiel que l'infirmière ait des connaissances sur les habitudes culturelles du malade. Elle doit l'encourager à donner sa conception de la santé, de la maladie et des soins. Il faut analyser les sources de dissonance entre les conceptions de la maladie des soignants et celles des malades.

d) *Modifier les formes de communication pour se rapprocher des besoins culturels* : La crainte et l'incompréhension des procédures de soins ou d'examens interfèrent avec les soins donnés. L'infirmière doit faire attention aux signes d'anxiété et répondre de manière rassurante et selon les habitudes culturelles.

e) Comprendre que témoigner du respect au patient et aux besoins qu'il a communiqués est fondamental dans une relation thérapeutique. Une attitude de respect, de souplesse et d'intérêt peut faire franchir les obstacles artificiels que les cultures et les rôles imposent.

f) *Communiquer de manière non menaçante* : il faudrait commencer l'entretien sans hâte, en tenant compte des règles de bienséances sociales et culturelles. Lorsque des sujets personnels sont abordés, il est préférable de laisser du temps pour que se développe une relation de confiance. Il faut être dans une relation d'empathie.

¹⁴ Virginia Henderson – *La nature des soins infirmiers* – Interéditions – 1994

¹⁵ Newman Giger (J) et Davidhizar (R. E), *Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins*, Lamarre et Gaetan Morin éditeur, 1991

g) *Utiliser des techniques de validation dans la communication.* L'infirmière doit être attentive aux messages renvoyés par le patient de sa compréhension ou non, en le faisant reformuler.

h) *Tenir compte des réticences à parler lorsque le sujet implique des thèmes sexuels :* un patient maghrébin qui hésite souvent à parler de sujets ayant trait au sexe parlera peut être plus librement si le soignant est du même sexe que lui. De même lorsque l'on parle de questions sexuelles avec un enfant masculin, il est préférable que le père soit présent lors de l'entretien, et inversement dans le cas d'une fille.

i) *Utiliser des approches particulières lorsqu'il s'agit de patients ne parlant pas le français :* un patient qui pénètre dans un lieu de soins où il ne peut parler aux soignants, car de langue différente, va éprouver de l'anxiété et de la frustration. Il en est de même pour le soignant qui ne peut se faire comprendre. Un ton de voix, une expression du visage, une attitude corporelle ou comportementale, comme s'asseoir auprès du patient, peuvent soulager l'anxiété de celui-ci. En l'absence d'interprète, il est possible qu'en parlant lentement et distinctement avec des gestes, en utilisant des images, en répétant le message de façon différente plusieurs fois, le malade puisse comprendre ce qui est dit. Il ne sert à rien en revanche d'élever la voix ni de parler en style télégraphique très humiliant. Les messages doivent être simples, formulés phrase par phrase, et avec le minimum de jargon médical et abréviations. Un dictionnaire peut être utilisé.

j) *Utiliser un interprète pour améliorer la communication :* Un interprète peut être utilisé pour améliorer la communication. Cette personne peut être quelqu'un de son entourage, un soignant de même culture. Il est important d'avoir recours à une personne qui non seulement peut traduire les messages verbaux mais aussi les messages non verbaux qui accompagnent la communication.

Même si un interprète intervient, il faut s'assurer que le message a été donné sans distorsion. Certaines nouvelles ne peuvent pas être données par les membres de la famille. Par exemple, ils ne peuvent annoncer une fin de vie, à l'un des leurs, car on ne parle pas de mort à un proche culturellement, ni religieusement : Dieu seul connaît l'instant de notre mort.

Il peut être alors important de faire appel aux médiateurs interculturels qui sont de la même culture que le patient et ont plusieurs fonctions :

L'amélioration de la communication entre les patients, leurs familles et les professionnels de santé.

L'information du personnel soignant sur les caractéristiques culturelles et religieuses des patients et les modes d'expression relatifs à la santé, à la maladie et à la douleur, ainsi que sur les caractéristiques culturelles générales.

L'information des patients sur les caractéristiques générales de la France, et plus précisément en matière de santé.

L'interprétariat au sens strict du terme.

La place des médiateurs interculturels est donc essentielle dans la relation de soins interculturelle. Elle peut éviter des interprétations de comportement de la part du soignant et du soigné, car en dehors de la langue différente, il faut aussi tenir compte des mondes sensoriels différents. Pour le moment, nous n'en avons pas sur le CHA et les seuls intervenants dans la région le font dans le cadre de médiation SIDA (Centre Georges Devereux à Saint Denis).

L'ESPACE

Les arabes évitent le cloisonnement car ils n'aiment pas être seuls. La structure de leur demeure est celle d'une unique coquille protectrice destinée à réunir l'ensemble de la famille dont les membres sont intimement liés.

L'absence de toute possibilité d'isolement physique au sein de la famille, l'absence même d'un mot pour désigner cette notion, fait que leur façon de s'isoler consiste simplement à ne plus parler. Il n'indique pas nécessairement ainsi son mécontentement ou réserve mais simplement son désir de ne pas être dérangé et de rester seul avec ses pensées.

La territorialité ou besoin d'espace peut servir à quatre fonctions : sécurité, intimité, autonomie et identité personnelle. Si le malade se trouve dans un espace qu'il a le sentiment de pouvoir contrôler, il se sentira plus en sécurité, moins menacé et moins anxieux. Le niveau d'anxiété augmente avec le fait d'être hospitalisé. Certains patients en phase terminale demandent à rentrer chez eux à cause de ce sentiment de sécurité qu'ils ressentent dans leur propre espace. L'espace personnel offre l'intimité et permet des communications personnelles.

Cette angoisse peut être minimisée par le soignant qui a acquis une connaissance de la culture maghrébine et son implication, en ce qui concerne les territoires et les besoins d'espace personnel. Comprendre la façon dont il utilise son espace nécessite une ouverture d'esprit, une attitude d'observation qui permettent de tirer ensuite des déductions et des hypothèses à partir d'observations répétées, jusqu'à ce qu'une compréhension puisse être possible. Cette compréhension est remise en question à chaque fait nouveau.

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

Il ne faut pas oublier que chaque être est unique et que donc l'espace ne sera peut être pas utilisé de la même façon par deux personnes dites de même culture.

L'ORGANISATION SOCIALE

Lorsque le soignant donne des soins à une personne d'un milieu socioculturel différent du sien, il doit connaître les origines socioculturelles du malade et en tenir compte, comme de sa structure familiale et de son organisation, de ses valeurs religieuses et de ses croyances.

Il doit aussi tenir compte de la manière dont l'ethnocide et la culture influencent les rôles et leurs attributions au sein de l'environnement, dans lequel le malade lutte pour sa santé.

Il est important d'évaluer le milieu familial, de connaître jusqu'où la famille répond à la satisfaction des besoins physiques, psychosociologiques du patient. Il est important de connaître qui constitue la famille, si elle vit ou non en France. Dans le cas où le patient est seul en France et que sa famille est « au pays », il est essentiel de rechercher quelle information a reçu la famille par le patient sur son état de santé, l'avancée de sa maladie.

Il faut connaître les croyances et préoccupations culturelles que partagent les membres de la famille.

LE TEMPS

Le mot « temps » fait penser immédiatement à l'horloge, au calendrier. Pourtant il existe également une autre notion qui est le temps social, c'est à dire le temps qui fait référence à l'ordre de la vie sociale. Au Maghreb, le rythme de la journée et des activités sociales est basé sur le temps de la prière. Les rendez-vous sont donnés avant ou après la prière de la mi-journée, du soir..., c'est le muezzin qui rythme le temps.

En France, ils sont obligés d'adopter le temps de l'horloge, même si parfois les rendez-vous privés peuvent encore être donnés selon les heures de prière, mais il n'y a plus l'appel à la prière entendu par tous.

Le temps est également spécifique au moment du ramadan, en particulier pour les soins infirmiers. Il faudra par exemple, en cas de maladie bénigne : ne pas prévoir trois prises médicamenteuses durant cette période, mais une prise le matin (à l'aube) et une prise le soir (coucher du soleil), même si le malade est normalement exempté de jeûne.

La perception du temps chez les maghrébins est orientée vers le présent avant le futur. Ce qui arrive maintenant est important mais avec une orientation vers le futur puisque tout ce qui est vécu actuellement n'est qu'une préparation pour la vie future, après la mort.

LE CONTRÔLE DE L'ENVIRONNEMENT

La santé peut être envisagée comme un équilibre entre l'individu et son environnement. Les pratiques de santé et les actions entreprises par le patient sont influencées par la manière dont il considère l'environnement. Il est important de prendre en considération les autres systèmes utilisés par le patient, tels que la médecine arabe traditionnelle, le système religieux ou/et écologique. L'équilibre entre les différents systèmes doit être recherché afin de permettre au patient de se sentir en sécurité et favoriser une santé optimale. Le médiateur culturel peut faciliter la négociation de cet équilibre et aider le soignant à comprendre les croyances profondes du patient sur la manière de conserver la santé ou de la retrouver.

« Une partie des représentations de la maladie et de la santé au Maghreb reposent sur la théorie des humeurs. Il faut maintenir un équilibre à l'intérieur du corps entre ses différentes composantes (âge, événements de la vie, et du climat). La maladie est perçue comme un déséquilibre interne, provoqué par une effraction, suite à l'affaiblissement de la peau, mais aussi suite à un déséquilibre de l'individu avec l'environnement, au sens large du terme : la famille, l'entourage de l'individu, mais aussi ses relations avec le monde invisible (les génies-jnin)¹⁶.

LES VARIATIONS BIOLOGIQUES

« Il est généralement admis que les peuples diffèrent culturellement. Les différences culturelles sont évidentes en matière de communication, de besoin d'espace et de relations, d'organisations sociales (familles, parentés...), d'orientation dans le temps et de désir ou capacité à contrôler son environnement. Ce qui est moins reconnu et compris, c'est qu'il y a des différences biologiques entre les différents groupes raciaux. Les variations biologiques entre groupes raciaux sont nombreuses et englobent de multiples dimensions. Une relation directe existe entre la race et la structure corporelle, la couleur de la peau, d'autres caractéristiques physiques visibles, des différences enzymatiques et génétiques, des schémas électrocardiographiques, la sensibilité à certaines maladies, les préférences et carences alimentaires et les caractéristiques psychologiques.¹⁷ »

¹⁶ Kessar (Z), *Anthropologie et démarche de soins*, Objectifs soins n° 39, janvier 1996

¹⁷ Newman Giger (J) et Davidhizar (R. E), *Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins*, Lamarre et Gaetan Morin éditeur, 1991

Analyse

Il est essentiel pour pouvoir faire un recueil de données culturelles d'avoir des notions de la culture de l'autre, d'avoir réfléchi sur ses propres valeurs, croyances, de ne pas avoir de préjugés et d'être dans une relation empathique. Pour cela une formation peut être utile mais c'est surtout la volonté du soignant d'adapter cette approche culturelle et holistique qui est centrale en soins infirmiers. L'infirmière doit faire un effort conscient pour voir chaque client comme un individu unique avec des caractéristiques complexes, d'autant plus qu'il est différent de ceux de la norme majoritaire. Chaque soignant devrait pouvoir réfléchir sur sa propre personnalité pour pouvoir accueillir et comprendre les clivages identitaires d'un patient qui souffre parce qu'il est perdu dans le cercle de ses multiples appartenances et qu'il se sent contraint en permanence de trahir une de celles-ci au profit ou au détriment d'une autre. La compréhension et mise en application des facteurs caratifs de J. Watson dans l'orientation des soins infirmiers pourront être déterminantes dans la pratique infirmière.

Le recueil de données du CHA est réalisé dans le cadre d'une démarche de soins reposant sur la théorie de Virginia Henderson et s'inspire des 14 besoins fondamentaux.

Il est réalisé comme une liste exhaustive de besoins et n'est pas vu dans une dimension phénoménologique comme nous l'avons vu précédemment. Ce qui implique d'ailleurs le fait que peu de recueils de données sont réalisés sur le CHA, car il n'est pas significatif pour le soignant et donc le soigné.

Dans le besoin « agir selon ses valeurs et croyances », il est noté : religion, estime de soi, croyances.

Cette rubrique est très rarement remplie, car il existe une sorte de tabou au niveau des soignants n'osant pas poser la question de la religion. Si la religion musulmane est notée, car en général énoncée par le patient, il n'y a pas de réflexion autour par rapport aux particularités culturelles, que cette information suscite. Par exemple, si le patient est alité, l'aide pour les ablutions n'est pas envisagée, sa pudeur et notion de pureté ne sont pas forcément respectées (lavage à l'eau des parties génitales, des mains après avoir uriné ou être allé à la selle). Il en est de même pour les autres patients sur le plan de l'hygiène (lavage de mains après le bassin...). Faire réaliser l'importance de l'hygiène corporelle par les soignants pour les patients musulmans permettra peut être de faire changer les habitudes pour tous. Réfléchir sur le soin au travers d'une autre culture

peut faire effet loupe pour la culture dominante dans les réponses de soins offertes.

Il est nécessaire de revoir le sens alloué au recueil de données par rapport à cette approche culturelle, d'enrichir son contenu tout en conservant le cadre conceptuel actuel. C'est l'importance de celui-ci qui est à promouvoir auprès des soignants pour l'optimisation de la qualité de prise en charge. Le recueil de données permet d'aboutir à l'étape suivante qui est la formulation d'hypothèses diagnostiques et formulation de diagnostic infirmier en regard de la personne soignée et son problème de santé.

HYPOTHÈSES DE DIAGNOSTICS INFIRMIERS

Il n'y a pas de diagnostic infirmier spécifique aux difficultés culturelles imposées à des patients dans un système de soins de culture dominante, mais plusieurs diagnostics peuvent être envisagés. J'ai choisi de les présenter selon les modes fonctionnels de Gordon que l'ANADI a entériné¹⁸ :

- 1. Difficulté à se maintenir en santé** liée à une incapacité à communiquer, à une détresse spirituelle ou stratégies de soutien familial inefficaces par absence de soutien lié à la distance géographique et mauvaise information, un manque de ressources, difficultés d'accès aux réseaux de soins se manifestant par un manque d'adaptation face aux changements personnels et environnementaux, une interprétation erronée de l'information, des mauvaises conditions de logement, un dysfonctionnement du réseau de soutien.
Ce diagnostic peut être la conséquence d'un manque de connaissances, altération de la communication verbale, détresse spirituelle, il sera donc intégré dans le diagnostic prévalent.
- 2. Non-observance** liée au système de valeurs du patient, à ses croyances sur la santé, les influences culturelles et valeurs spirituelles se manifestant par un refus du traitement, un comportement montrant que le patient n'adhère pas au traitement, des signes de complication, non-respect des rendez-vous.
- 3. Prise en charge inefficace du programme thérapeutique** lié à la complexité du système de soins, à un conflit décisionnel, à des difficultés économiques, à des habitudes familiales concernant la santé, à un manque de connaissances, à une méfiance à l'égard du personnel soignant ou du traitement, à un manque de soutien social se manifestant par une difficulté à organiser ou intégrer le

¹⁸ Mc Farland (G. K) et McFarlane (E. A), *Traité de diagnostic infirmier*, InterEditions, 1995

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

plan du traitement de la maladie et de ses effets, l'absence d'intégration du programme thérapeutique aux habitudes quotidiennes, l'absence de mesures préventives des complications du traitement ou pour empêcher la progression de la maladie et en prévenir les séquelles.

- 4. **Conflit décisionnel** lié à l'impression que le système de valeurs est menacé, devant une décision à prendre se manifestant par une remise en cause de ses valeurs et croyances personnelles.
- 5. **Manque de connaissances** lié à une difficulté d'accès aux sources d'information, à des barrières culturelles ou linguistiques se manifestant par une incapacité à suivre correctement les directives reçues, à une demande d'informations.
- 6. **Altération de la communication verbale** liée aux différences culturelles, anxiété se manifestant par l'incapacité de parler la langue dominante : le français, ou un repli sur soi.

7. **Isolement social** lié à des ressources personnelles insuffisantes notamment lorsque la personne vit en foyer, que la famille est éloignée. Cet isolement peut également être lié à certaines valeurs ou comportements sociaux non acceptés par les soignants se manifestant par un état d'ennui, tristesse, repli sur soi.

8. **Détresse spirituelle** liée une incapacité de participer à ses pratiques religieuses habituelles, interrogation sur les implications de certain traitement tel que l'insuline faite à base de porc se manifestant par un sentiment de culpabilité, une recherche de soutien spirituel, modifications du comportement (colère, anxiété, agressivité, repli sur soi).

Ces diagnostics ne sont pas spécifiques à la culture maghrébine, ils peuvent concerner toutes les cultures ou sous-cultures. Ces diagnostics infirmiers sont validés par le patient et/ou son entourage. Ils peuvent aussi comme nous allons le voir être vite résolus si les soignants prennent en compte la culture du patient et sa conception de la santé, la maladie et l'environnement.

Analyse et propositions d'interventions pour chacun de ces diagnostics

Tableau 1. Difficulté à se maintenir en santé

Énoncé diagnostique	Caractéristiques	Interventions infirmières
Difficulté à se maintenir en santé	Interprétation erronée des informations. Analphabétisme.	Apprécier les capacités de communication, fournir éventuellement un interprète.
	Habitudes ne favorisant pas la prévention des accidents. Manque de connaissances sur les pratiques sanitaires de base	Recueillir des données sur ses connaissances, ses comportements vis à vis du maintien de la santé. Éduquer le patient par rapport aux comportements à adapter
	Fragilité émotionnelle ou trouble du comportement Manque de mécanismes d'adaptation	Amener le patient à communiquer ses inquiétudes et prendre le temps de l'écouter, l'aider à trouver de nouveaux mécanismes d'adaptation.
	Manque de ressources matérielles, financières ou autres. Mauvaises conditions de logement.	Noter le milieu de vie du patient (foyer, SDF, famille nombreuses dans un petit appartement...) Travailler en collaboration avec le service social.

La difficulté à se maintenir en santé peut être liée à un manque de connaissances du fait du problème linguistique, entre autre chez les femmes de la première génération qui sont arrivées en France sans connaître la langue et qui n'ont pas suivi de cours d'alphabétisation. Certaines habitudes culturelles, notamment au niveau des habitudes alimentaires ne favorisent pas le maintien en santé. Par exemple, le régime diabétique ne comporte que des interdits pour un patient maghrébin (sucre, graisse, pain, féculents qui sont consommés en grande quantité) ou les épices en cas d'ulcère gastrique. Ces difficultés à s'adapter à un nouveau mode de santé pourront se manifester sous la forme du « syndrome méditerranéen », c'est à dire sous forme de maux

divers, de troubles du comportement, comme nous le verrons dans la partie suivante (différentes composantes culturelles). Il est essentiel de savoir décoder ces messages pour aider le patient à trouver des modes d'adaptation et pouvoir se maintenir en santé.

Parfois il n'y aura aucune intervention infirmière envisageable car le patient n'arrive pas à trouver un compromis entre son système culturel et le traitement, il faut savoir accepter son choix, qui est un choix éclairé. Il est également possible de le faire réfléchir sur le fait qu'il peut mettre à mal son système de croyances en ne respectant pas sa santé, son corps, comme nous l'avons vu précédemment.

Tableau 2. Non-observance

Énoncé diagnostique	Caractéristiques	Interventions infirmières
Non-observance	- Apparition de complications. - Exacerbation des symptômes. - Comportement indiquant que la personne n'adhère pas à la thérapeutique.	Connaître les influences d'ordre culturel et croyances spirituelles de la personne ainsi que ses références en matière de santé.
	Aveu de non-observance par le patient ou l'un de ses proches.	Négocier avec le patient afin d'accorder le traitement à son système culturel et permettre le maintien ou restauration de la santé. Informé des risques encourus

Tableau 3. Prise en charge inefficace du programme thérapeutique

Énoncé diagnostique	Caractéristiques	Interventions infirmières
Prise en charge inefficace du programme thérapeutique	- Absence de mesures favorisant l'intégration du traitement à la vie quotidienne signalée par la personne.	Déterminer les facteurs de risque et les besoins du patient. S'assurer qu'il comprend sa maladie et son traitement.
	- Mode de vie ne permettant pas d'atteindre les objectifs du programme thérapeutique	Prodiguer un enseignement pour informer de l'importance de ce programme thérapeutique dans son mieux être. Utiliser un interprète si besoin
	- Difficulté d'intégrer à la vie quotidienne le plan de traitement de la maladie et de ses séquelles	Aider à élaborer des stratégies pour permettre de mieux prendre en charge son programme thérapeutique tout en prenant compte ses valeurs culturelles. Veiller à ce qu'il participe à l'élaboration de ce programme thérapeutique.

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

La prise en charge inefficace du traitement peut être liée à des facteurs déjà vus : manque de connaissances, communication inefficace, habitudes familiales inadéquates en matière de santé, difficultés financières, conflit décisionnel, soutien social insuffisant.

La prise en charge du programme thérapeutique sera favorisée si le patient et son entourage sont partenaires dans l'élaboration de celui-ci.

4. CONFLIT DÉCISIONNEL

La prise d'un traitement lors du ramadan peut être la cause de ce conflit décisionnel. Il est important pour le soignant de savoir que le ramadan n'est pas une obligation pour un malade. S'il n'y a pas de risque vital, que le patient désire faire le ramadan, un compromis peut être trouvé par exemple dans la posologie de son traitement, soit en deux prises le matin et le soir lorsque le jeûne est levé.

S'il y a un risque vital, il faut faire comprendre au patient que le ramadan doit être interrompu comme le préconise le Coran. Il faut le faire s'interroger sur le fait qu'il est en désaccord avec les préceptes du Coran en faisant le ramadan alors qu'il est malade.

Le conflit décisionnel peut se retrouver en fin de vie du patient. Il va être confronté à un retour éventuel au pays auprès de sa famille mais sans soins adaptés, notamment au niveau de la douleur (en particulier pour les patients vivant loin d'une grande ville). Il peut également, devant cette difficulté, choisir de mourir en France et être rapatrié après sa mort.

Il peut y avoir conflit décisionnel également pour ce rapatriement ou non au pays pour une mère qui a tous ses enfants vivant en France. Le conflit repose surtout sur les procédures des enterrements en France : ils n'ont en effet pas lieu à même la terre et de plus au bout d'un certain temps l'emplacement est repris ce qui pose problème pour la résurrection.

Tableau 4. Conflit décisionnel

Énoncé diagnostique	Caractéristiques	Interventions infirmières
Conflit décisionnel	Signes physiques de détresse ou de tension, anxiété.	Reconnaître l'anxiété que peut engendrer ce conflit.
	Détresse exprimée par la personne quant au choix à faire. Hésitation entre plusieurs solutions. Remise en question des valeurs et des convictions personnelles devant une décision à prendre.	Faire exprimer ses croyances et valeurs. Adopter une attitude d'ouverture permettant l'expression de celles-ci. Permettre la négociation entre les deux systèmes de santé, ou entre ses multiples appartenances.
	Insuffisance des connaissances ou des aptitudes pour mettre en œuvre la décision. Réseau de soutien déficient.	Évaluer les connaissances ou aptitudes de la personne ainsi que les personnes ressources qui pourraient l'aider dans la prise de décision.

Tableau 5. Manque de connaissances

Énoncé diagnostique	Caractéristiques	Interventions infirmières
Manque de connaissances	Barrières culturelles ou linguistiques. Capacités intellectuelles limitées.	Évaluer les facteurs d'ordre personnel : âge, sexe, milieu social et culturel, importance de la religion.
	Difficultés d'accès aux sources d'information.	Faire intervenir un médiateur culturel si besoin.
	Stratégies d'adaptation inefficaces (anxiété, déni)	Prendre en compte les facteurs d'anxiété et les faire reconnaître par le patient. Aider à trouver des stratégies d'adaptation efficaces.

5. MANQUE DE CONNAISSANCES

L'évaluation des facteurs d'ordre personnel, la connaissance ou non des milieux de soins français permet de connaître l'influence de ceux-ci sur le manque de connaissance et donc le manque d'informations pouvant lui permettre de faire un choix éclairé sur sa situation, son traitement ou abstention de traitement.

La barrière linguistique peut être un autre obstacle pouvant entraîner une fausse interprétation de la situation. Le médiateur culturel ou le soignant de même culture peut aider le soignant dans cette évaluation des fac-

teurs d'ordre personnel et lui communiquer la signification pour la personne soignée. Il va permettre au patient de pouvoir faire un choix éclairé.

6. ALTÉRATION DE LA COMMUNICATION VERBALE

Il est frustrant pour le patient de ne pouvoir communiquer ses pensées, sensations, à quelqu'un qui soit capable de le comprendre, d'où le constat par 63 % des soignants du CHA : « il est plus facile de prendre en charge un patient maghrébin en étant soi-même maghrébin ».

Tableau 6. Altération de la communication verbale

Énoncé diagnostique	Caractéristiques	Interventions infirmières
Altération de la communication verbale	Comportements agressifs.	Évaluation et reconnaissance de la difficulté à communiquer du patient qui permet de décoder les comportements.
	Anxiété	Utilisation de mots simples sans jargon médical, d'images représentant des mots simples. Apprendre quelques mots usuels en français au patient Connaître quelques mots en arabe pour montrer au patient la reconnaissance de sa culture par les soignants et faire que le patient ait confiance dans le soignant et se libérer d'une certaine anxiété et/ou agressivité.
	Repli sur soi	Faire appel à un traducteur, médiateur culturel ou un soignant de culture maghrébine Évaluer le repli sur soi qui peut être lié à une autre cause.

Tableau 7. Isolement social

Énoncé diagnostique	Caractéristiques	Interventions infirmières
Isolement social	État d'ennui et de tristesse. Repli sur soi ou refus de communiquer avec l'entourage Tendance à s'isoler.	Avoir une attitude d'ouverture permettant la verbalisation des sentiments et raisons de l'isolement.
	Absence de soutien de la part des proches : famille, amis, groupe d'entraide	Rechercher la composition de la famille, sa situation géographique. Voir si les amis peuvent être plus présents. Favoriser l'intervention d'un groupe d'entraide tels que bénévoles de la communauté musulmane.

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

Mais, il est à noter que l'énoncé du diagnostic infirmier ne correspond pas à la réalité. En effet, il n'y a pas d'altération, de dommage à la communication, le patient communique facilement mais pas dans la langue dominante des soignants qui est le français. L'altération de la communication se rapporte également à ces soignants ne connaissant pas la langue du patient. L'altération n'existe pas si le soignant parle la langue ou n'utilise pas de jargon médical, mais des mots simples.

7. ISOLEMENT SOCIAL

L'isolement social, qui peut être ressenti par le soignant, pourrait ne pas l'être par le patient. Il faut faire attention à l'interprétation hâtive que pourrait faire le soignant à travers ses observations du mode de vie, du comportement du patient.

Les interventions auprès de la famille, amis, groupe d'entraide ne doivent être faites qu'avec l'accord du patient, car il peut préférer rester seul plutôt qu'être vu en situation de « faiblesse ». Cet état peut être source de détresse ou de conflit décisionnel. Il doit être acteur dans cette recherche de personnes ressources.

8. DÉTRESSE SPIRITUELLE

Dans l'ensemble, les patients musulmans ne ressentiront pas de colère envers Dieu (ce n'est pas de sa faute), ou les représentants du culte. Le système de

croissance est rarement remis en question, il n'y a pas d'interrogations sur le sens de la vie et la mort. Dieu envoie la maladie mais aussi le remède.

Cette détresse peut également être liée à un conflit entre les valeurs spirituelles et le traitement. Il faut parfois se faire aider par l'imam pour conforter notre discours et lever les craintes chez le patient par rapport à l'importance du traitement. Par exemple, chez le diabétique l'importance de se soigner prime sur le fait que l'insuline soit à base de porc. Il peut également intervenir pour dire au malade de ne pas faire le ramadan.

Évaluation

L'évaluation des actions infirmières, en regard des diagnostics infirmiers posés, va être réalisée en regard du patient mais également en regard du soignant car nous sommes dans un système d'acculturation.

Les interventions infirmières retrouvées dans les diagnostics infirmiers se recoupent. Elles peuvent orienter une approche culturelle du soin infirmier qui consisterait à :

- apprécier le mode de communication et faire appel éventuellement à un interprète ou médiateur culturel.
- adopter une attitude d'ouverture.
- recueillir des connaissances sur ses comportements vis à vis de la santé, ses croyances, ses valeurs.

Tableau 8. Détresse spirituelle

Énoncé diagnostique	Caractéristiques	Interventions infirmières
Détresse spirituelle	Troubles somatiques	Rechercher des troubles du sommeil, de l'appétit
	Modification du comportement ou de l'humeur Sentiment de culpabilité	Rechercher des signes d'agressivité, anxiété. Aider à la verbalisation de sentiments de culpabilité par rapport à des rôles qu'il ne peut plus assumer.
	Incapacité d'effectuer les activités religieuses habituelles	Proposer après chaque émission d'urine ou de selles une toilette intime afin que le patient soit en état de pureté et qu'il puisse ainsi réaliser ses prières. Trouver un lieu où il puisse mettre son tapis de prière et respecter ce temps de recueillement en évitant de le déranger à ce moment là.
	Recherche d'un soutien religieux	Proposer le passage de l'imam si le patient est isolé.

- connaître le milieu de vie du patient, son entourage et leur influence sur sa santé.
- négocier un programme thérapeutique de restauration ou de maintien de la santé qui prennent en compte les valeurs culturelles.
- Faire que le patient et son entourage soient partenaires dans le programme thérapeutique.

Cette approche culturelle est à apprécier et à déterminer pour chaque individu qui reste unique, notion d'incertitude qui permet de rester centré sur le patient. Elle peut constituer une « démarche d'amélioration continue de la dispensation de soins culturellement adaptée ».

Certains diagnostics ne seront plus posés dès lors que le soignant aura pris en compte cette approche dans son recueil de données.

Les objectifs recherchés en fonction des diagnostics vont être atteints à partir du moment où la négociation entre les deux systèmes de valeur, de santé va être possible. Le soignant va pouvoir remettre en question ses propres valeurs et son regard ethnocentrique, permettant ainsi au soigné de pouvoir exprimer ses valeurs, croyances et pratiques, et les prendre en considération. Le soignant va ainsi permettre la réalisation d'un projet de soins culturels individualisé, le maintien de la santé du patient, l'amélioration de sa satisfaction en donnant des soins restructurants, l'accompagnement du patient jusqu'à la fin de sa vie de façon paisible et significative pour lui.

Cette évaluation est à reconsidérer de façon régulière car la situation peut évoluer de par la maladie, la précarité sociale, l'apport de nouvelles connaissances chez le patient, la nouvelle façon de l'écouter et le prendre en considération ainsi que sa façon de partager sa culture avec les soignants et permettant ainsi une meilleure compréhension mutuelle des besoins de chacun.

3.2- Identification des différentes spécificités culturelles interférant dans le soin, impliquant des adaptations.

Afin d'améliorer l'approche culturelle du soin infirmier vu précédemment, il est important de prendre en compte les spécificités culturelles suivantes :

L'APPROCHE DU CORPS

« Dans les familles maghrébines, les habitudes de contact corporel fluctuent selon les relations entre les

personnes et leur âge. Les mises à distance corporelles s'opèrent notamment lorsque l'enfant (fille ou garçon) sort de l'enfance et devient un être sexué. Lorsque l'on peut envisager une sexualité légale (un mariage possible), la distanciation est de règle au sein des familles patrilinéaires (les enfants issus du mariage appartiennent à la lignée du père, à la famille paternelle, on porte le nom de son père...).

Inversement le toucher est permis quand cette dimension sexualisée est évacuée, ou n'a culturellement pas de réalité. Le contact corporel devient alors une communication normale (et non une atteinte à l'intégrité corporelle comme il est souvent perçu en France).

Le rapport entre les personnes est même fusionnel : il se donne déjà à voir dans la petite enfance entre les enfants et leur mère, mais aussi avec les autres membres de la famille et de l'entourage : on vit dans une même pièce, on mange dans le même plat. Dans la famille traditionnelle, il n'y a pas de pièces réservées au couple, la maisonnée est partagée entre tous les membres de la famille. Elle abrite généralement le père, la mère mais aussi leurs enfants mariés (avec leurs femmes et enfants), voir des oncles et tantes.

Ce petit monde vit sous l'autorité du père et d'un aîné (patriarcat). Les lieux et activités sont également structurés souvent selon le sexe et les classes d'âge.¹⁹ »

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les différents groupes culturels ne tolèrent pas les mêmes distances entre les corps, les mêmes odeurs corporelles et les mêmes niveaux sonores.

Globalement au Maghreb, on n'a pas encore entamé le processus de distanciation et d'effacement corporel (notamment par rapport aux odeurs) qui caractérise notre société. En effet, il s'agit pour eux de tirer le plus grand parti possible des odeurs corporelles dans la constitution des rapports humains. Ils n'éprouvent aucune gêne à faire savoir aux autres qu'ils n'aiment pas leur odeur.

Pour les Arabes, l'odeur et le caractère sont liés. Les limites olfactives jouent deux rôles, rapprochant ceux qui désirent des contacts et séparant les autres. Pour l'Arabe, il est essentiel de demeurer dans la zone olfactive d'autrui pour pouvoir détecter les changements affectifs.

La position du corps est également importante dans la conversation. Regarder autrui latéralement ou tourner le dos est impoli, voire grossier. La distance sociale de conversation (de 1,20 mètres à 2,10 mètres) est ambiguë pour eux à une telle distance ; ils se plaignent de la froideur, de la désinvolture ou de l'indifférence de leur interlocuteur.

¹⁹ Boucher (N) et Vega (A), *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins*, Objectifs soins novembre 2000 (1^{ère} partie), décembre 2000 (2^{ème} partie), janvier 2001 (3^{ème} partie)

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

Lorsque l'infirmière utilise cette distance, le patient maghrébin peut avoir le sentiment d'être ignoré et peut être mal soigné. Il peut aussi se demander « qu'y a-t-il ? Est-ce que je sens mauvais ? Ou bien leur fais-je peur ? » La notion que l'Arabe a de son corps par rapport à son « Moi » est différente de la nôtre. En effet dans le monde occidental, on définit la personne comme un individu à l'intérieur d'une peau. Chez l'Arabe, la personne existe quelque part au fond du corps. Mais le moi n'est pas tellement loin car une insulte peut l'atteindre très aisément. Il est à l'abri du contact corporel mais non pas des mots.

Cette conception différente dans la localisation du moi explique peut être pourquoi la communication s'effectue sur un autre mode, plus intense, au niveau du bruit qui est plus élevé, de leur regard perçant, l'usage qu'ils font de leurs mains dans la conversation.

Au Maghreb, comme dans tous les pays de religion musulmane, les soins du corps sont très importants et un hadith déclare que « la propreté fait partie de la foi ».

De plus, éloigner la souillure du corps permet de tenir le mal éloigné ou d'aider à retrouver la santé. La pureté du corps est liée aux prescriptions coraniques et ne se confond pas avec la propreté. Les ablutions permettent de retrouver un corps pur. L'eau occupe un champ de représentation particulière : elle doit s'écouler pour éloigner la saleté et permet de purifier le corps selon un rituel donné. Dans ces conditions, se laver dans une baignoire est un non-sens pour de nombreux musulmans.

Par ailleurs, tout ce qui sort du corps est considéré comme « impur » et nécessite une purification immédiate. Il faudrait donc proposer une toilette intime au patient après l'élimination de selles ou d'urines.

La pudeur est importante dans la culture arabo-musulmane. La femme doit dissimuler son corps, elle ne doit découvrir que le visage et la paume des mains. L'homme doit rester couvert du nombril aux genoux. Ces recommandations sont levées en cas de nécessité absolue, mais le soignant peut être attentif à ce fait, ne découvrir que la partie du corps concernée, et recouvrir le corps du patient dès la fin du soin. Pour tout musulman, la nudité est une humiliation.

LES RITUELS ALIMENTAIRES

« Il existe au Maghreb des conduites rituelles en matière de nourriture. À toutes les étapes de la vie (naissance,

fiançailles, mariage, mais aussi lors de la maladie), des dons et des circuits soudent les liens sociaux et les alliances entre les familles et individus, car manger « c'est incorporer un peu de l'autre et donner un peu de soi », c'est établir un lien ou le renforcer. On retrouve donc ces pratiques à l'hôpital, en France ou au Maghreb.²⁰ »

Il existe également un symbolisme des aliments.

Le pain répond à des besoins essentiels, à l'image de ce qu'il symbolise dans la culture maghrébine : « il fortifie », comme toutes les céréales : « il est béni » comme le lait ou le miel.

« Le sel a aussi une valeur symbolique, la nourriture sans sel est considérée comme celle des djins (génies) et elle n'est consommée qu'au cours de rituels religieux ou thérapeutiques, à des occasions précises. Le sel distingue la nourriture des hommes de celles de ses êtres invisibles (qui sont sensés le détester) et il lie les personnes entre elles. Aussi certaines personnes hospitalisées peuvent elles être récalcitrantes lorsqu'il leur faut suivre un régime sans sel, surtout si elles se considèrent comme faibles et malades²¹ ».

Les dattes sont un aliment de prédilection pour les musulmans et elles sont recommandées pour rompre le jeûne, comme le faisait habituellement le Prophète.

Les plats les plus consommés sont ceux contenant de la semoule, comme le couscous. Des gros morceaux de viande accompagnent ces plats. Les autres aliments de base sont les pâtes, haricots secs, pommes de terre, et pois chiches. L'alimentation est riche en graisse (fritures), en sucre (boissons sucrées, pâtisseries).

Les épices ont leur place dans l'alimentation maghrébine. « Il est remarquable de voir comment les aromates, épices et condiments acquièrent de l'importance lorsque l'on est transplanté ; ce sont des sortes de marqueurs gustatifs qui permettent de se remémorer la terre natale et de rendre acceptables les produits de la terre d'exil en les « naturalisant »²².

La loi islamique interdit la viande de porc, le sang et la chair des animaux qui n'ont pas été abattus selon le rite islamique. Celui-ci consiste à prononcer la formule, *bismillah* « au nom d'Allah », avant de trancher la gorge de l'animal et de faire couler la plus grande quantité de sang possible. La viande tuée ainsi est « halal », « permise ». En cas d'hospitalisation où la viande n'est pas halal, il est recommandé de manger des œufs ou du poisson.

La consommation d'alcool est prohibée car incompatible avec la lucidité nécessaire au croyant pratiquant les cinq prières quotidiennes, mais aussi à cause des conflits qu'elle engendre.

²⁰ Boucher (N) et Vega (A), *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins*, Objectifs soins novembre 2000 (1^{ère} partie), décembre 2000 (2^{ème} partie), janvier 2001 (3^{ème} partie)

²¹idem 21

²² Tawfik (Y), *Islam*, France Loisirs, 1998

De nombreuses familles musulmanes ont soin d'apporter des plats confectionnés chez elles. Le fait d'apporter les plats garantit également que la viande pourra être consommée car hallal et qu'aucun ingrédient comprenant du porc ne sera absorbé.

Durant la période de Ramadan, les familles peuvent prendre un repas en commun à la tombée du jour, même à l'hôpital ce qui renforce les liens qui les unissent au malade.

La famille veut nourrir le malade à tout prix, même en phase terminale, car la nourriture rattache le malade à la communauté des croyants.

LES RITES FUNÉRAIRES

L'observance des rituels funéraires avant et après la mort est primordiale pour le travail de deuil de la famille.

« L'assistance à un mourant est basée sur la conception même de la vie et de la mort dans l'islam. Il faut donc lui faire sentir que tout le monde est à ses côtés et que tout doit être tenté pour le sauver. Il faut continuer à lui administrer son traitement jusqu'à son dernier souffle. Il faut entretenir surtout son moral et fortifier sa foi en l'aidant à ne pas perdre espoir et en lui faisant sentir que Dieu est Grand, Omnipotent et s'il est capable de ressusciter les morts, il est à même de sauver ou de guérir les souffrants. [...] Durant son agonie le musulman est moins angoissé par l'imminence de la mort que par le risque de mourir seul, isolé. L'assistance d'un religieux (imam) n'est pas expressément requise mais celle d'un parent ou d'un musulman informé des rites est une exigence de la vie communautaire. Aucun musulman ne doit mourir sans une présence religieuse. » (Docteur Dalil Boubakeur)²³.

Lorsque le décès est pressenti, les soignants informent les proches afin qu'ils se chargent de l'accompagnement spirituel. Lorsque le terme de la vie approche, un parent donne un verre d'eau ou quelques gorgées seulement si l'agonisant a des difficultés pour boire, afin de le purifier intérieurement. Parfois selon les traditions familiales, il pose une cuillère de miel dans sa bouche et sur son nombril avant de pincer fortement un doigt de ses pieds pour que sa mort soit plus douce.

Après l'avoir aidé à se tourner vers La Mecque en lui tenant l'avant bras droit, le coude posé sur le lit et l'index désignant le ciel, on répète avec lui la profession de foi islamique : « La Ilaha Illallah » (Il n'y a de Dieu qu'Allah). Il faut que ce soit les derniers mots qu'il prononce.

À ses derniers instants, les proches embrassent l'agonisant sur le front et sur l'épaule tout en lui demandant de leur pardonner des fautes qu'ils ont commises envers lui. La mort survient comme un décret de Dieu

par avance accepté, en un moment qui ne dépend que de Dieu et dans un climat de dignité, de sobriété conforme à la Foi en la vie future. L'islam demande calme et respect du défunt sans manifestations exagérées de l'affliction.

Quand le dernier souffle de vie s'est échappé du corps, les hommes lisent des versets coraniques. On lui ferme les yeux. Constatation du décès par le médecin. On couvre le défunt d'un drap, on procède à la lecture des derniers versets. La cérémonie dure une quinzaine de minutes, sa suite pourra avoir lieu hors de présence du défunt et dans un autre lieu.

La toilette mortuaire est faite selon les principes coraniques.

Le corps est lavé par quatre personnes du même sexe que le défunt et instruites dans les rites. Il peut aussi n'être lavé que par une seule personne pieuse comme c'est le cas dans nos hôpitaux. Il est possible à l'un des deux conjoints de laver l'autre.

Une femme peut aussi laver un garçon jusqu'à l'âge de 6 ans, mais les doctes ont déconseillé à l'homme de laver une jeune fille.

Pour faciliter la toilette mieux vaut placer le corps en hauteur, la tête est tournée en direction de La Mecque. Le Prophète dit :

« On presse délicatement le ventre du mort pour le débarrasser de ce qu'il pourrait renfermer.

On enroule ensuite un torchon autour de la main avec l'intention de faire la toilette du défunt et on lave ses parties intimes.

On enlève ensuite le torchon et on fait l'ablution du mort comme pour la prière. Le corps est lavé de haut en bas trois fois. Si cela est insuffisant, on le lave cinq fois, la dernière avec du savon ou autre.

S'il s'agit d'une femme, on dénoue ses cheveux pour les laver et on les tresse ensuite.

On imprègne ensuite le corps de camphre ou autre.²⁴ »

On recouvre le mort d'un linceul blanc qui se compose de trois pièces pour un homme et de cinq pour une femme.

À l'hôpital, avant de pratiquer la toilette religieuse qui est souvent réalisée à la chambre mortuaire, une toilette d'hygiène est effectuée après ablation des différents pansements ou matériel.

Fermer les yeux correctement.

Placer les bras le long du corps, les paumes ouvertes vers le haut. Préférer ne pas habiller le corps mais le recouvrir ou l'entourer d'un drap, tête non comprise.

Puis vient le moment des obsèques. Normalement le corps est enseveli à même la terre.

L'incinération est interdite par le Coran.

²³ Chirade (G), Delbecq (D), Gilioli ©, Levy (I), Rites et Religions- Guide pratique pour accueillir les malades à l'hôpital, Ed. Estem, Paris, 1997

²⁴ Aboubaker Djaber Eldjazairi, *La voie du musulman*, Ed. Maison d'Ennour, 1997

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

En France, la législation interdit de mettre le corps à même la terre, celui-ci est alors mis dans un cercueil et sera enseveli dans « un carré musulman » du cimetière la tête tournée vers La Mecque. On dit la prière funéraire sur le lieu d'inhumation. Elle s'accomplit debout sans prosternation. Les femmes normalement ne se rendent pas au cimetière, elles auront le droit d'y aller 3 jours après le décès. La communauté se retrouve pour prier 40 jours après le décès.

L'impact des valeurs familiales

En France, les soins sont officiellement sous la responsabilité des professionnels médicaux, seuls référents officiels de la relation avec le malade.

Au contraire, dans d'autres systèmes culturels, tout ce qui concerne les soins du corps relève encore de savoirs pluriels partagés au sein de la communauté.

« Au Maghreb, le savoir médical n'est pas seulement une affaire de spécialistes, la maladie est un événement qui mobilise d'abord toute la famille.

La famille peut être assimilée à une véritable cellule thérapeutique de première instance. La mère est particulièrement responsable de la santé de ses enfants, mais l'ensemble des femmes maghrébines occupe une place privilégiée dans les soins. Comme dans les domaines de la mort ou de la naissance ; elles sont les médecins empiriques (elles possèdent un savoir sur le corps et sur les remèdes des maladies, savoir qu'elles partagent avec le médecin). Enfin, l'ensemble des proches du malade participe aussi activement aux premiers soins, tout en recherchant les causes de la maladie et donc des solutions thérapeutiques : la médecine populaire est un élément de la vie quotidienne, partagé entre tous.²⁵ »

En cas de maladie, le médecin n'est ni le seul, ni le premier à être consulté. Il peut être une personne ressource, dont on reconnaît les compétences pour traiter certaines maladies.

Cependant, il est souvent consulté en parallèle avec d'autres thérapeutes (voyants, saints guérisseurs) spécialisés dans le traitement d'autres maux dont l'origine peut être liée à des sources du mal : mauvais œil, sorcellerie, attaque de génies, malédiction... En effet, seuls ces tradipraticiens sont à même de pouvoir lutter car ils agissent sur la maladie, ils sont les intercesseurs auprès de Dieu et des génies. Même en France, les patients ont recours à ceux-ci. Ils sont souvent les seuls

à pouvoir accompagner et dissiper l'angoisse du malade à l'hôpital.

La notion de famille élargie est importante dans la culture islamique. Visiter un malade est un devoir religieux. Lors de la prière du vendredi, l'imam de la mosquée informe la communauté des fidèles qu'une personne est gravement malade. Alors souvent des musulmans totalement inconnus rendent visite à la famille d'un malade en fin de vie et après le décès.

Il est à noter qu'à Argenteuil, il est fréquent d'avoir des patients maghrébins vivant en foyer Sonacotra, éloignés de leur famille restée au pays. Aider le patient à entrer en relation avec celle-ci est important. En cas d'aggravation de la maladie, le patient se retrouve souvent seul : seul devant des éléments qu'il ne comprend peut-être pas bien, seul face au choc de cette annonce qu'il ne peut partager, ne pouvant en effet pas annoncer par téléphone une aussi mauvaise nouvelle. Il est aussi difficile de rentrer au pays malade pour au moins deux raisons : d'une part un immigré a le devoir de réussir, il se doit de revenir au pays en santé, plus riche, et de subvenir aux besoins de sa famille. D'autre part, il craint souvent l'absence de traitement et la peur de souffrir au pays, alors qu'il a connu en France une qualité de soins. Il se retrouve alors hors de son contexte culturel : seul, avec une annonce de fin de vie « en contradiction » avec sa conviction religieuse « Dieu envoie la maladie et la remède et est seul à connaître le moment de notre mort ». Les amis du foyer, les soignants qui partagent ces notions culturelles constitueront alors une famille de remplacement.

Précarité sociale

Être immigré maghrébin en France comme pour d'autres populations défavorisées, c'est souvent vivre dans une précarité sociale, et souffrir de maux liés à la pauvreté. De nombreuses femmes sont sous-qualifiées ou n'ont pas de qualifications professionnelles pour accéder au marché du travail : elles ne parlent pas français, ont été peu scolarisées, n'ont jamais travaillé. Les immigrés maghrébins sont ainsi particulièrement victimes du chômage. Ils sont majoritairement ouvriers, et occupent des secteurs d'activités qui sont les plus touchés par la crise.

Les jeunes pâtissent aussi de discrimination à l'embauche et au licenciement, produisant des sentiments

²⁵ Boucher (N) et Vega (A), *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins*, Objectifs soins novembre 2000 (1^{ère} partie), décembre 2000 (2^{ème} partie), janvier 2001 (3^{ème} partie)

d'injustice, diminuant leurs motivations et surtout leur possibilité d'insertion dans la société française.

La Commission nationale consultative des droits de l'homme a publié en 1999 un rapport sur la discrimination raciale dans le monde du travail : le taux de chômage (touchant 11,6 % des actifs) concerne 31,2 % des étrangers venant des pays hors union européenne dont 50 % des maghrébins. Autre chiffre : 42 % des jeunes de 22 à 29 ans dont les parents sont nés en Algérie n'ont pas de travail contre 11 % des français de souche. La différence de niveau scolaire ne justifie pas pareil écart. Les diplômés ont les mêmes problèmes discriminatoires.

Chez les jeunes grandit donc le sentiment de vivre aux marges de la société. Les réponses extrêmes (violence ou participation à des mouvements communautaires religieux ou bandes) sont alors souvent exacerbées : pour les médias, le jeune immigré est soit « voyou » soit « intégriste ». On retrouve également à l'hôpital ces pratiques « d'étiquetage » des individus, qui peuvent avoir des conséquences négatives lors de la prise en soins des patients. L'hôpital est un lieu où se côtoient des personnes de milieux sociaux, de cultures diverses. Il est un milieu de normalisation, d'adaptation obligée à un modèle encore trop souvent biomédical dominant. Dans ces conditions, la remise en cause des pratiques de soins hospitalières par les patients maghrébins suscitent chez les soignants des sentiments d'incompréhension, de peur, voir de rejet des soignés.

« Le syndrome méditerranéen » :

Le « syndrome méditerranéen » décrit des réactions somatiques et des malaises ressentis par certains patients qui peuvent être rapportés à leurs difficultés d'adaptation au système de soins mais également à la complexité de leur situation de migrants. Ce syndrome est l'expression de l'anéantissement du statut et raison d'être en France, du maghrébin malade.

L'émigration- immigration est aussi un repositionnement plus ou moins difficile dans la société d'origine, puis dans la société d'accueil. Il devient un émigré des deux côtés de la Méditerranée. Le rapatriement familial a souvent été subi par ceux rejoignant le père, ils ont été dans l'obligation de prendre la décision d'émigrer, ils peuvent donc être fragilisés sur le plan de la santé. Immigrer c'est réussir à s'adapter à d'autres normes culturelles. L'adaptation est fonction de multiples facteurs : génération, origine géographique, statut social, structures familiales, compétences linguistiques, niveaux de scolarité et de qualifications, mais aussi ressources personnelles, date, motifs et condition d'arri-

vée en France, présence ou absence des familles... Ceci implique une déconstruction, ré-interprétation, recréation d'identité de l'immigré qui peuvent ne pas aboutir, d'autant plus s'il existe une image dévalorisée du statut d'immigré dans la société d'accueil. Le risque majeur est de ne pas retrouver les conditions d'estime de soi et de son groupe d'origine.

Le syndrome méditerranéen est également une autre façon de vivre ses émotions, son corps et sa maladie. Ces expressions sont vécues de façon négative par les soignants car elles vont à l'encontre du modèle qui est celui du contrôle du corps et la maîtrise de soi. Les personnes atteintes du syndrome méditerranéen sont celles qui expriment bruyamment un mal être, une angoisse ou des douleurs (surtout en présence de la famille), en dépit des interventions répétées du personnel. Au Maghreb, le corps est le support de l'expression de la douleur, et les souffrances physiques et leurs expressions ne sont pas honteuses.

Le passage du jugement négatif à la reconnaissance de ces expressions différenciées des émotions est important pour mieux appréhender les malades d'origine maghrébine.

Le tutoiement

Au Maghreb, le tutoiement est de rigueur, et on tutoie même Dieu. Dans la langue arabe ou berbère, il n'existe pas de forme de vouvoiement. La distance sociale ou le respect s'expriment par d'autres phrases et codes gestuels. Faut-il pour cela les tutoyer de façon systématique ?

Il est important d'avoir cette information afin que la communication ne soit pas altérée.

4 – OBJECTIFS DU PROJET

– Objectif général

Intégrer l'approche interculturelle dans la démarche clinique infirmière et développer ainsi un réel partenariat avec tout patient quel que soit son état, ses croyances, son savoir et son mode de vie.

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

– Objectif spécifique

Permettre aux soignants de comprendre la pertinence de l'approche culturelle des patients musulmans maghrébins relevant de soins palliatifs, dans la démarche clinique infirmière.

Former des soignants pour les sensibiliser à l'approche culturelle et leur donner l'opportunité de se questionner sur leurs propres culture, croyances, convictions, valeurs autour de la maladie, de la souffrance et de la mort.

La formation de sensibilisation à l'approche culturelle a été proposée dans le plan de formation 2001/2002 pour un groupe de 15 soignants environ (infirmier et aide soignant).

Les personnes ont été sélectionnées après un entretien individuel permettant de connaître les motivations, les objectifs recherchés et la façon dont la formation va être réinvestie dans le service et sur l'établissement. Cet entretien a été fait par moi-même en partenariat avec la formation continue, la première année du moins. Le cadre infirmier référent du soignant sélectionné doit être favorable à cette demande de formation pour soutenir le réinvestissement ultérieur.

Cette formation a été faite en intra sur l'établissement par un organisme extérieur proposant une formation spécifique à la culture maghrébine. Selon le contenu de la formation par cet organisme, une journée pourra être rajoutée pour relier cette formation aux objectifs du CHA, notamment par rapport au recueil de données, en reliant les connaissances reçues à la démarche clinique infirmière.

Objectif intermédiaire

Créer un support pédagogique sous forme d'un livret offrant une connaissance de la population musulmane maghrébine au service des soignants.

Afin de créer ce support pédagogique un groupe de travail formé de soignants volontaires va être constitué. Ce groupe sera composé de soignants de culture française et de soignants de culture maghrébine. Cette mixité permettra de pouvoir travailler sur les deux systèmes de santé, les différences culturelles pouvant avoir des implications dans les soins infirmiers, et essayer de voir comment une négociation entre les deux systèmes peut être envisagée.

Ce support pédagogique sera le fruit des réflexions des soignants du groupe, mais des indications peuvent être

données, en s'inspirant notamment des travaux d'Olivette Soucy, infirmière clinicienne canadienne. Elle a travaillé pour construire des supports pour des personnes âgées de différentes cultures (espagnoles, vietnamiennes,...). La culture maghrébine n'a pas été étudiée par elle.

5 – ÉVALUATION ET RÉAJUSTEMENT DU PROJET

– Évaluation des formations par un questionnaire

- Évaluation immédiate lors du bilan de la formation, par un tour de table et un questionnaire
- Évaluation dite « à froid » par la formation continue deux mois après environ.
- Réajustement de la formation de l'année suivante selon les remarques faites par les soignants formés, la réponse à leurs attentes, corrélation entre la formation et le terrain.

– Évaluation par audit des dossiers infirmiers dans le dossier patient par rapport :

- au recueil de données lorsqu'il est rempli
- aux informations dans les transmissions
- au projet de soins

L'évaluation sera faite selon une grille, 6 mois après la formation, puis à 1 an. Cette évaluation sera faite sur 3 dossiers de patients maghrébins pris au hasard dans les services des soignants formés. Cette évaluation représente du temps puisqu'il faut compter 20 minutes par dossier.

La formation suivante sera réajustée selon les données retrouvées dans les dossiers de soins. Une réunion avec les cadres infirmiers et les soignants formés sera organisée par moi-même pour connaître les difficultés pour mettre en application la formation auprès des soignés et collègues, ainsi que les changements dans la prise en charge des patients maghrébins et mise en place d'un projet de soins. Ce recensement sera revu si besoin soit par service, soit par secteur (cancérologie, gériatrie...) et selon celui-ci les objectifs de la formation pourront être revus ou complétés par des apports plus spécifiques.

– Évaluation de la pertinence du support pédagogique, avec l'aide d'un questionnaire et lors de l'activité clinique dans le cadre de l'EMASP.

Le questionnaire d'évaluation du support pédagogique sera distribué dans les services des soignants formés, 6 mois après la formation.

Il sera distribué à tous les infirmiers et aides-soignants du service concerné avec l'accord du cadre infirmier. La connaissance et l'aide apportée par le support seront évaluées lors de l'activité clinique dans la démarche de soins, le projet mis en place pour et avec le patient et son entourage.

– Évaluation en continu lors de l'activité clinique au sein de l'EMASP

Par rapport aux notions de maladie, de souffrance et de mort chez les soignants et dans l'approche palliative des patients musulmans.

Cette évaluation ne sera pas faite par une grille, mais par les informations entendues et recueillies par chaque membre de l'EMASP lors de notre activité clinique.

CONCLUSION

Dans une société multiculturelle telle que nous la vivons au CHA (soignants et soignés d'origines culturelles diverses), les soignants doivent faire un effort conscient pour voir chaque client comme un individu unique avec des différences qu'ils doivent comprendre, reconnaître et respecter. Cette compréhension peut contribuer à l'efficacité et la qualité du soin.

L'approche culturelle dans le soin infirmier est peu développée au CHA malgré son multiculturalisme.

« Est-ce lié au fait que l'on est passé de l'idée qu'il faut soigner tous les malades à celle qu'il faut les soigner de la même façon? Et si on pousse le raisonnement, tous les malades doivent se comporter de la même façon ». (Anne Véga, ethnologue)

David Le Breton rajoute que « si l'infirmière ne respecte pas toujours son malade comme elle le devrait, c'est qu'elle-même est parfois méprisée par sa hiérarchie », ou peut-être elle-même non reconnue dans sa différence culturelle?

L'hypothèse de départ sur le manque actuel de réflexion par rapport à l'approche culturelle dans la relation soignant-soigné, soit par réticence due à une peur de l'inconnu, soit par méconnaissance des habitudes culturelles ou enfin par préjugés véhiculés dans la société française semble confirmée par l'analyse des résultats de l'enquête. Les préjugés sont peu écrits sauf ceux liés à la famille et au syndrome méditerranéen. Ce dernier est notifié sous forme de jugement de valeurs. Les autres préjugés ont été entendus lors de mon activité clinique.

La formation qui est envisagée sur le CHA ainsi que le travail sur le support pédagogique devraient permettre :

1. de répondre au manque de connaissances
2. de diminuer les réticences liées à la peur de l'inconnu
3. de réfléchir pour chaque soignant en formation sur ses valeurs, croyances.
4. de rapprocher les deux systèmes culturels : maghrébins et français.

Ce rapprochement des deux systèmes culturels lors de la formation ou de la création du support pédagogique devrait offrir une réflexion sur la façon de proposer au patient un compromis lui permettant de maintenir ou restaurer sa santé. Il permettra à chacun de se sentir reconnu dans son identité et de voir l'importance de cette reconnaissance pour le patient et son entourage.

Ce projet que j'ai écrit avec beaucoup de plaisir, défendu auprès des directions des ressources humaines et des soins infirmiers, m'a déjà donné beaucoup de satisfactions. En effet, la prise en considération du sujet et la mise en action avec inscription au plan de formations 2001-2002, même à titre expérimental, est un contentement. J'espère que cette formation continuera les années suivantes et que les autres cultures seront prises en compte, du fait que l'importance de la démarche anthropologique dans les soins infirmiers aura été démontrée.

La deuxième hypothèse émise pourra alors être envisagée, le patient pris en compte avec sa dimension culturelle sera réellement partenaire de soins, participera au projet de soins adapté à son état, ses croyances, son savoir et son mode de vie.

Le cadre de référence de mon projet est : « le patient musulman maghrébin relevant de soins palliatifs », le soin palliatif est considéré ici selon la définition de la SFAP. J'évoque également la maladie chronique évolutive comme le diabète car elle a souvent des conséquences graves entraînant des amputations du fait du régime alimentaire non respecté. Ce cadre pourra être

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

élargi à d'autres champs : maternité, adolescents, psychiatrie,...

Ce projet peut aussi s'inscrire dans la réflexion sur la violence au sein des institutions, car la compréhension de l'autre, l'ouverture vers l'autre peut diminuer la peur de chaque côté et diminuer les tensions éventuelles.

Ultérieurement ce projet pourra être présenté auprès des centres de santé municipaux avec lesquels le CHA collabore et où de nombreux patients de culture maghrébine consultent.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Aït Abdelmaleck Ali et Gerard Jean Louis-Sciences humaines et soins-Paris. InterEditions, 1995-421 p.

Newman Giger Joyce et Davidhizar Ruth Elaine- *Soins infirmiers interculturels, recueil de données et actions de soins-Paris* : Lamarre et Gaetan Morin éditeur, 1991-308 p.

Copans Jean-Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie – Paris : Nathan université, 1996-128 p.

Kerouac Suzanne-La pensée infirmière concepts et stratégies – Paris : Maloine, 1994-162 p.

Tawfik Younis- *Islam*- Paris : France Loisirs, 1998-143 p.

Tremblay Monique- *L'adaptation humaine- Montréal* : éditions Saint Martin, 1992-400 p.

Le Coran (traduction française)

Henderson Virginia- *La nature des soins infirmiers – Paris* : InterEditions, 1994-235 p.

Lanau Marie Laure sous la direction de- *Manuel de soins palliatifs- Paris* : Ed. Dunod, 1996-560 p.

Hall Edward T. – La dimension cachée – Paris : Ed. du Seuil, 1971-254 p.

Watson Jean- *Le caring- Paris* : Ed. Seli Arslan, 1998-317 p.

Collière Marie Françoise- Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers-Paris : InterEditions, 1982-391 p.

Chirade Gérard, Delbecq Dominique, Gilioli Christian, Levy Isabelle, Rites et Religions-Guide pratique pour accueillir les malades à l'hôpital, Ed. Estem, Paris, 1997-47 p.

Lévy Isabelle – Soins et croyances – Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux – Ed. Estem, Paris, 1999-222 p.

Aboubaker Djaber Eldjazaïri- *La voie du musulman-Paris* : Ed. Maison d'Ennour, 1997-568 p.

Articles

Cappart Véronique et Zuckermann Léa- *Comment répondre aux besoins du patient de culture différente* Perspective soignante n°6- décembre 1999-p.88-105

Arnold Elizabeth – *intercultural communication – Therapeutic communication*-p.240-261

Reynolds © – An administrative program to facilitate culturally (appropriate care for the elderly) – Holistic Nurse Practice, 1992,6-p. 34-42

Lorna H. Harris, PhD et Inez Tuck, PhD- The role of the organization and nurse manager in integrating transcultural concepts into nursing practice – Holistic Nurse Practice – 1992, 6-p. 43-48

Cynthia Flynn Capers, PhD, RN – *Teaching cultural content : a nursing education imperative* – Holistic Nurse Practice 1992, 6-p. 19-28

Linda Rooda, PhD, RN and Genva Gay, PhD – *Staff development for culturally sensitive care* – Journal of nursing Staff Development – volume 9, number 6, 1993-p. 262-265

Brunin J. Luc – Le mourir et la mort en Islam – Manuel de soins palliatifs – Paris : Ed. Dunod, 1996-p. 456-462

Manicot Claire – *L'accueil des étrangers à l'hôpital* – Infirmière magazine n°152 – septembre 2000-p. 30-34

Boucher Nathalie et Vega Anne – *La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins* – Objectifs

soins novembre 2000 (1^{ère} partie) p. 17-24 décembre 2000 (2^{ème} partie) – p. 20-22 janvier 2001 (3^{ème} partie) p. 21-24

Mareix Nicole-*Ethique et approche pluriculturelle des soins* – Objectifs soins n° 39-janvier 1996-p. 16-18

Kessar Zahia-Anthropologie et démarche de soins – Objectifs soins n° 39-janvier 1996-p. II-IV

Mabe Brigitte-Diététique, alimentation et culture – Objectifs soins n° 39- janvier 1996-p. V-IX

Chevetzoff Philippe – *De l'hygiène et de la souillure : regard anthropologique* – Objectifs soins n° 39- janvier 1996-p. X-XI

Tessier Annie-*Les rites autour de la mort* – Objectifs soins n° 39-janvier 1996-p. XII-XIII

Kessar Zahia et Kotobi Laurence – *Quel peut être l'apport de l'anthropologie pour les soignants* – Objectifs soins n° 39-janvier 1996-p. XIII-XVI

Linda Luna and Cynthia Cameron-Conceptual models of nursing analysis and application – Leininger's Transcultural Nursing – chapter fifteen-p. 227-239

Collière Marie Françoise-De l'utilisation de l'anthropologie pour aborder les situations de soins- *Soins* n° 557- février 1992-p. 43-58

Cuche Denys – *L'évolution d'une notion en anthropologie* – Sciences humaines n° 77 – novembre 1997-p. 20-27

Lemonnier Bertrand – *naissance de la culture pop...* – Sciences humaines n° 77- novembre 1997-p. 28-31

Journet Nicolas-*Le multiculturel en question*- *Sciences humaines* n° 77- novembre 1997- p. 32

Conférences

Association Nationale Catholique du Nursing (ACN), *Actes du congrès : soigner au pluriel des cultures*, novembre 2000

Dr. Dalil Boubakeur :

- Soins à un malade musulman
- Les besoins spirituels en fin de vie
- Position de l'Islam face à l'euthanasie
- L'obligation de se soigner en Islam
- Douleur et souffrance dans l'islam
- Problèmes posés par le traitement de la douleur
- Soins palliatifs et tradition islamique
- Soins palliatifs

ANNEXE 1

Terminologie en lien avec l'approche culturelle

3.2.1-CULTURE

D'après la nouvelle encyclopédie Bordas :

Sociologie : les sociologues modernes entendent par culture l'ensemble des activités et des produits d'une population : l'ordre politique, social et religieux, les croyances, les coutumes, etc. L'école américaine d'anthropologie voit dans cette culture un « modèle » (pattern) sur lequel vient se mouler, par l'éducation et l'apprentissage, la mentalité de chaque individu dans une *aire culturelle* donnée. Il y a ainsi une « base culturelle de la personnalité » ou « personnalité de base », qui est la configuration psychologique propre aux membres d'une société donnée se manifestant par un certain style de vie. On appelle *culturalisme* la thèse selon laquelle l'individu pourrait s'expliquer entièrement par l'influence des modèles culturels.

D'après le Petit Larousse illustré (1998) : Ensemble des usages, des coutumes, des manifestations artistiques, religieuses, intellectuelles qui définissent et distinguent un groupe, une société.

D'après Jean Copans dans « Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie²⁶ » :

« la culture de l'anthropologie fut pendant longtemps celle de la séniorité et de la gérontocratie, de la masculinité, de la normalité. Elle fut même plus précisément sur le terrain la réinvention constante d'interlocuteurs opportunistes, le discours confrérique des fameux « informateurs privilégiés », le miroir, déformant peut-être, des curiosités, des fantasmes et des préjugés de l'enquêteur-étranger. La culture fut d'abord une projection de l'envie de l'Autre, une manière de faire bonne mesure, une façon de transcender les différences : la culture conçue comme un secret de famille qu'il faut dévoiler.

La culture est partout puisqu'elle est parfois un synonyme de civilisation, puisque la culture est à la fois un ensemble de survivances et de possibilités, de choses mortes et vivantes, d'objets et d'expressions verbales. E.B. Tylor écrivait dans *Primitive culture* : « Le mot culture pris dans son sens ethnographique le plus étendu, désigne ce tout complexe comprenant les sciences, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes et les autres facultés et habitudes acquises par l'homme dans l'état social » (1871)... »

D'après David Le Breton

La culture se définit à travers des repères en commun (rites, représentations, attitudes, etc.) pour une communauté donnée.

3.2.2-MULTICULTURALISME

« le multiculturalisme décrit une société hétérogène dans laquelle plusieurs cultures mondiales peuvent coexister avec certaines caractéristiques générales (etic) partagées par tous les groupes culturels et quelques caractéristiques particulières (emic) qui sont uniques à un groupe particulier. Une perspective multiculturelle implique une large gamme de groupes sans hiérarchiser, comparer, ou classer ceux-ci comme meilleur ou pire qu'un autre et sans nier les différences, contradictions ou même complémentarités que chaque groupe amène. Aujourd'hui, l'environnement social dans son ensemble, ses changements rapides de démographie et une économie mondiale de plus en plus interdépendante font que le terme multiculturalisme s'ajuste à la plupart des définitions de communauté culturelle. »

Dans le contexte de multiculturalisme, on parle souvent d'**approche interculturelle** qui concerne les contacts entre les différentes cultures.

3.2.3-ACCULTURATION

« L'acculturation est employée pour décrire le procédé par lequel une personne apprend consciemment et accepte les valeurs d'une nouvelle culture. Parce que la culture est un procédé d'apprentissage social, il est aussi un procédé d'adaptation. Les comportements culturels changent lorsque des personnes avec leur propre culture entrent en contact avec des « étrangers » et mélangent leurs croyances culturelles avec ceux-là, en dehors de la culture d'origine. Par exemple, les adultes de la seconde génération maghrébine vivant en France sont susceptibles de développer avec aisance les coutumes et la langue française, car ils vivent depuis longtemps en France. Ils sont susceptibles d'employer les coutumes françaises, notamment au niveau régional, pour guider leur comportement plutôt que les valeurs traditionnelles. »

²⁶ Copans Jean – Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie – Paris – Nathan Université – 1996

3.2.4-SUBCULTURE OU « SOUS-CULTURE »

Théoriquement, une sous-culture est une partie quelconque d'un ensemble plus vaste. Son usage n'est pas neutre : il souligne la relation de dépendance existant entre une culture dominante et celle d'un groupe qui cherche à s'en démarquer et introduit une relation de hiérarchie de fait entre « grande culture » et « sous cultures²⁷ ».

La subculture est définie comme un groupe économique, régional, ou ethnique de gens rassemblés par des caractéristiques distinctes qui différencient le groupe de la société ou culture prédominante (Samovar & porteur, 1988). Habituellement la subculture parle la même langue et peut trouver trace de ses racines aussi bien comme venant du même emplacement géographique que dans la culture prédominante.

3.2.5-ETHNOLOGIE

D'après le Petit Larousse illustré (1998)

« Nom féminin du grec *ethnos*, peuple. Étude scientifique et systématique des sociétés dans l'ensemble de leurs manifestations linguistiques, coutumières, politiques, religieuses et économiques, comme dans leur histoire particulière ».

D'après la Nouvelle encyclopédie Bordas

« Nom féminin, branche des sciences humaines qui a pour objet l'étude des ethnies, et notamment de celles qui n'ont pas d'histoire.

L'ethnologie est l'étude des pensées, des institutions et des activités humaines dans les sociétés sans écriture ni machinisme, ainsi que de tout ce qui, dans les autres sociétés, échappe à la codification et à la structure mécanique... Les Anglo-saxons utilisent généralement les termes d'anthropologie culturelle et d'anthropologie sociale... »

D'après Jean Copans dans « Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie²⁸ » :

« L'ethnologie est d'abord une **science qui reconstitue l'histoire des peuples** et c'est cet aspect spéculatif qui discréditera l'emploi de ce terme en anglais face à celui d'*anthropologie*.

Par contre, ce terme se spécialise en France pour se distinguer de la sociologie comme science sociale... ».

D'après David Le Breton

C'est l'étude des manières de vivre, de penser et de sentir d'un groupe culturellement homogène ou fonctionnant sur un même territoire (cela peut être aussi l'ethnologie d'un service à l'hôpital).

3.2.6-ETHNICITÉ

« L'ethnicité est définie comme une sensibilisation personnelle de certains éléments symboliques qui lient les gens ensemble dans un contexte social. Le mot « ethnique » dérive du mot grec : *ethnos*, signifiant : gens. Un groupe ethnique est un groupe de gens qui partage race, culture, histoire, religion, ou géographie commune. Par contraste à la culture qui n'implique pas toujours une sensibilisation consciente de normes et symboles, l'ethnicité est un choix d'engagement et sensibilisation à une culture différente dans la réciprocité ».

3.2.7-ETHNOCENTRISME

« L'ethnocentrisme se réfère à la croyance que sa propre culture est supérieure aux autres » (Leininger, 1977). Être fier de sa culture est appropriée mais quand une personne omet de respecter la fierté des autres gens de culture différente en leur identité ethnique, il est facile de développer de préjugés, qui peuvent être hautement destructeurs dans le rapport (Thiederman, 1986). La croyance que certains groupes sont inférieurs arrive à petite échelle avec les handicapés physiques et mentaux, la précarité, les sans abri, les personnes atteintes par le SIDA, et certains groupes minoritaires. L'âge et la discrimination raciale sont des formes subtiles de l'ethnocentrisme qui ajoutent aux sensations de dévaluation et infériorité éprouvées par des membres minoritaires d'une culture dominante.

3.2.8-DIVERSITÉ CULTURELLE

La diversité culturelle décrit le fait qu'il y ait des différences parmi les groupes culturels. La diversité devient la norme dans notre société plutôt que l'exception. Il peut inclure des variables telles que nationalité, origine ethnique, genre, arrière-plan éducatif, emplacement géographique, statut économique, langue, politique et religion (Pederson, 1991). De tels écarts surviennent aussi dans une culture de travail. Les différences dans les attentes culturelles pour le médecin, l'assistante sociale, l'infirmière et le kinésithérapeute peuvent concerner l'affectation des tâches et la prise de décision dans les actes de soins médicaux.

²⁷ Linda Luna and Cynthia Cameron, Leininger's Transcultural Nursing, chapter fifteen

²⁸ Copans Jean – Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie – Paris – Nathan Université – 1996

L'APPROCHE CULTURELLE EN SOINS INFIRMIERS POUR LES PATIENTS MUSULMANS MAGHRÉBINS RELEVANT DES SOINS PALLIATIFS

3.2.9-ANTHROPOLOGIE

D'après le Petit Larousse illustré (1998)

« nom féminin, du grec anthrôpos, homme et logos, science ».

Étude de la dimension sociale de l'homme. (Elle s'est constituée au XX^{ème} siècle et progressivement institutionnalisée en Europe pour faire partie des sciences humaines et sociales). L'anthropologie s'intéresse aux pratiques comme aux représentations. Comparative, elle vise à l'intercompréhension des sociétés et des cultures. On y distingue les sous-disciplines.

L'anthropologie sociale et culturelle, dont les grands noms sont L.H. Morgan, Lévy-Buhl, M. Mauss, Kroeber, Malinowski, Lévi-Strauss, Louis Dumont etc., étudie toutes les manifestations de la vie en société (lien de parenté, mariage, naissance, initiation, funérailles, et plus généralement modes de vie, coutumes et rites).

Elle s'attache à rendre compte des différences entre sociétés particulières.

L'anthropologie culturelle est parfois prise à part par rapport à la précédente, surtout dans la tradition américaine, avec un intérêt spécifique pour les modes de vie, les langues, les mythes des peuples.

L'anthropologie économique étudie les formes de production et de répartition des biens.

L'anthropologie politique met les formes sociales en relation avec l'histoire particulière de chaque peuple.

L'anthropologie politique s'attache aux formes d'autorité et de pouvoir, et spécialement à la formation d'unité politique, voire à celle de l'État.

L'anthropologie religieuse s'intéresse aux systèmes des rites et des mythes, ainsi qu'aux expressions sociales des religions universelles.

L'anthropologie physique étudie les caractéristiques physiques et physiologiques des peuples ».

D'après la Nouvelle encyclopédie Bordas :

Nom féminin étymologiquement, science de l'homme.

On a d'abord donné, le nom d'anthropologie à l'étude générale de l'homme (caractéristiques biologiques et psychologiques des différents groupes humains, étude de leur religion, etc.). C'est en ce sens que P. Broca a fondé, en 1876, l'école française d'anthropologie. Aujourd'hui, on distingue l'anthropologie physique ou anthrobiologie (étude des différences biologiques que présentent les êtres humains dans l'espace et dans le temps) et l'anthropologie sociale et culturelle, appellation anglo-saxonne de l'ethnologie.

D'après Jean Copans dans « Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie²⁹ » :

C'est le terme le plus général, le plus englobant, et qui reflète la complexité des objets possibles de toute science de l'homme. Construit par référence au latin *anthropologia*, emprunté au grec *anthropologos* (anthropos : être humain), cette discipline a d'abord évoqué aux XVI^e et XVII^e siècles une perspective allégorique ou une étude de l'âme et du corps... À la fin du XVIII^e siècle, anthropologie prend plusieurs sens. Il y a d'abord la perspective naturaliste... C'est d'ailleurs ce sens d'anthropologie physique qu'elle va acquérir et conserver en France jusqu'au milieu du XX^e siècle.

L'autre sens plus synthétique (et qui va inclure une ethnologie) remonte au théologien suisse A.C. de Chavannes qui publie en 1788 une *Anthropologie ou science générale de l'Homme*. Ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que le terme prend un sens plus précis, lorsque le qualificatif de *sociale* lui est accolé en Grande Bretagne et celui de *culturelle* aux États Unis....

Sous l'influence de son séjour aux États Unis pendant la dernière guerre mondiale, Claude Lévi-Strauss va, au cours des années 1950, reprendre l'expression d'anthropologie dans le sens d'une **science sociale et culturelle générale de l'homme**. De plus, il lui adjoindra le qualificatif de structurale pour bien marquer l'orientation théorique qui est la sienne. À la même époque, l'étude du changement social et culturel conduira de son côté G. Balandier à préférer d'abord le terme de sociologie puis d'anthropologie à celui d'ethnologie. Depuis les années 1960, le terme d'anthropologie a partiellement remplacé celui d'ethnologie en France à cause de cette perspective plus globale. Toutefois, les deux termes se maintiennent selon les institutions, les circonstances, ou l'orientation méthodologique. On peut les utiliser comme des synonymes même si l'expression d'anthropologie semble aujourd'hui plus répandue »

²⁹ Copans (J), *Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie*, Nathan université, 1996