

**«Le regard des soignants
sur les migrants et les patients étrangers»**

Mémoire déposé en vue de l'obtention du
DIU « Santé, Société, Migrations »
2012-2013

Réseau Samdarra- CH Le
Vinatier Pôle Est 95 bd Pinel
69677 Bron

SOMMAIRE

Introduction.....	p.3
Méthodologie.....	p.6
I La culture.....	p.7
a/ prise en compte de la culture par le personnel soignant.....	p.7
1.L'interculturalité.....	p.9
2.les différences culturelles.....	p.12
a/ La culture professionnelle.....	p.12
b/ la culture d'origine traditionnelle, familiale.....	p.14
c/Question éthique (celle de la culture religieuse).....	p.15
3.Chocs culturels.....	p.17
II La communication.....	p.19
1.la communication verbale.....	p.19
a/ Barrière de la langue.....	p.19
b/ La communication non verbale.....	p.20
2.la communication culturelle.....	p.21
3. L'interprétariat.....	p.21
III pour une meilleure compréhension et un accompagnement de qualité des migrants.....	p.24
1.Les représentations.....	p.24
2.Les politiques sociales.....	p.26
3.La formation.....	p.27
4.des pistes d'amélioration de la prise en charge des patients migrants.....	p.29
a/La médiation culturelle.....	p.29
b/des outils.....	p.29
c/registre d'interprétariat.....	p.30
Conclusion.....	p.32
Bibliographie.....	p.33
Annexes	

Introduction :

Le mémoire que je présente est issu de mon lieu de travail le Centre Hospitalier du Pays de Gier dans la Loire (42). L'hôpital de Saint Chamond, a ouvert au public le 2 décembre 1940 avec une capacité initiale de 150 lits dont 60 de sanatorium. Un programme de restructuration du plateau technique puis des services d'hospitalisation a débuté en 1994.

Actuellement, le Centre Hospitalier du Pays de Gier (C.H.P.G établissement public de santé) dispose d'une capacité d'accueil de 712 lits.

Le C.H.P.G. est réparti sur cinq sites autour du Gier : L'hôpital de ST Chamond, l'hôpital de Rive de Gier, le site gériatrique et d'hébergement A.Pinay (à ST Chamond) ,l'EHPAD l'Orée du Pilat (à Rive de Gier) et l'institut de soins infirmiers.

Le CHPG accueille en grande partie des patients originaires de la vallée, et plus précisément une population âgée.

Je suis assistante socio-éducatif dans cet établissement en poste depuis 2006, date de l'obtention de mon diplôme. J'interviens auprès des patients et leur famille, notamment en service de chirurgie, de court séjour gériatrique et au service des urgences.

J'ai souhaité intégrer le DIU « Santé, société et migrations » dans le but d'acquérir une meilleure connaissance du public des migrants et d'élargir mes champs de compétences, mon projet étant, courant 2013, d'accéder au poste d'assistante sociale de la PASS (Permanence d'Accès aux soins santé) de mon établissement.

Le Service PASS du C. H. P. G situé sur le site de l'hôpital de ST Chamond a été volontaire de l'étude « PRECARITE 2001 » demandée par le Ministère de l'Emploi et de la solidarité. L'Assistante Sociale de la PASS en a été logiquement la référente à l'époque.

L'étude comportait une enquête menée auprès de tous les patients hospitalisés un jour « J » (recueil de données fait par les Assistantes Sociales début Décembre 2001) et

d'un travail d'analyse des statistiques en collaboration avec la direction de l'Information Médicale (Printemps 2002).

L'intérêt de cette étude résidait dans le fait qu'elle a permis d'avoir un aperçu du volume des patients pouvant être « classés » en situation de précarité à savoir : bénéficiaires de minima sociaux, de la CMU, de l'AME, couverture sociale incomplète, faibles revenus, incidence de l'âge, situation de demandeurs d'asile ou de titre de séjour, environnement social complexe etc.. Sur la première année (2001), 65 dossiers sociaux PASS ont été constitués.

Le Comité de Pilotage a ainsi étudié puis validé les différents protocoles mis en place :

- ⌚ Grille de précarité
- ⌚ Protocole de dispensation de pharmacie gratuite avec bordereau de suivi
- ⌚ Circuit de prise en charge des patients relevant de la PASS et fiche de liaison interne

Sur l'année 2012, 112 dossiers sociaux PASS ont été constitués.

La PASS du CHPG amorce aujourd'hui sa douzième année, les moyens à disposition pour le bon fonctionnement de ce service restent très limités. Ma collègue en poste à ce jour ne dispose pas de locaux spécifiques pour accueillir ce public très précaire. À ce jour nous disposons seulement d'une vacation de médecin non formalisée et donc peu adaptée et aucun lieu d'accueil n'est dédié à ses consultations. Dans ce contexte Je m'interroge sur : comment la question de l'exclusion et de la précarité en interne peu avoir un effet miroir pour le public migrant et les incidences sur la prise en charge de ses patients.

La nomination en 2012 d'une déléguée Régionale ARS référente PASS, va permettre une nouvelle dynamique et peut-être la mise en place de moyens supplémentaires pour ce service.

Lorsque je serai en poste, je souhaite, améliorer et faire évoluer ce service pour accéder à une prise en charge adaptée, formalisée et repérable.

Mon questionnaire porte plus précisément sur « **la prise en charge des patients migrants dans mon établissement et comment aider les soignants dans**

cette prise en charge ? Qu'est-ce qui permettrait des améliorations dans la relation et l'apport de soins adaptés ? »

S'agit-il pour les professionnels, pour une plus grande satisfaction dans l'accompagnement et le soin, d'acquérir des connaissances culturelles ? Ou bien leur permettre d'appréhender quelques réflexes « anthropologiques » visant à adapter leur prise en soins de façon plus optimale auprès de ces patients ?

Mon positionnement actuel est celui d'observatrice du savoir faire de ma collègue et faire connaissance avec ce public migrant. J'ai eu l'occasion ponctuellement d'accueillir des personnes migrantes, mais sur un temps très court. Cependant, mon ressenti reste toujours le même : que savons nous de leur histoire ? Comment puis-je appréhender une prise en charge avec une barrière de la langue avérée ? Comment me positionner face un être d'histoire, de culture, de pensée qui ne sont pas miennes?

METHODOLOGIE

Mes premières lectures vont s'orientées très rapidement sur les discriminations et le regard du personnel hospitalier sur les patients migrants et étrangers. Mes premières analyses vont portées sur mon propre regard, sachant que dans mon parcours professionnel j'ai été pendant 10 ans aide-soignante dans ce même établissement. J'ai tenter de mettre en parallèle mon regard de soignante et mon nouveau regard de travailleur social toujours dans ce même établissement de santé. Mes premières conclusions vont portées sur les points communs entre les deux pratiques, à savoir toujours une prise en charge globale de la personne, de son environnement, son vécu, son histoire et ses origines. Finalement un point important étant la relation d'aide, la base de ces deux métiers.

J'ai donc, réalisé deux questionnaires d'environ 17 questions destinés au personnel médical et administratif. J'en ai diffusé 40, en prenant soin de les orienter dans les services le plus en contact avec les patients migrants et étrangers. J'en ai réceptionné 21, le dépouillement m'a permis d'en faire une analyse et une retranscription fidèle dans mon écrit. J'en ai évidemment retiré seulement certains extraits, ceux, qui m'ont semblé le plus correspondent à ce que je souhaitai développer. J'ai eu des réponses assez inattendues qui m'ont dans un premier temps mise en difficulté et que je n'ai pu exploitées. En effet, mon questionnaire n'était pas à visé statistique, mais simplement un support afin d'en retiré un ressenti plus global émanant des différentes catégories professionnelles réunies au sein de mon établissement. Certains services ne m'ont restitués aucun des questionnaires distribués comme le service de radiologie, d'autre part, les services les plus en difficulté dans l'accueil des patients migrants et étrangers ont été très réactifs et en demande de solutions et d'outils comme le service des urgences ou l'accueil médico-administratif et consultations.

J'ai ensuite orienté mes recherches sur l'interculturalité à l'hôpital, la médiation culturelle et la notion de « prendre soin », en complément à l'analyse de mon enquête, j'ai réalisé mes travaux comme suit: une première partie définissant la culture, une seconde partie évoquant la communication pour enfin en troisième partie développer la notion d'amélioration de la prise en charge des patients migrants et étrangers à l'hôpital.

I La culture :

Définition :

Selon « le Petit Robert » la culture est « *l'ensemble des formes acquises de comportement dans les sociétés humaines* »

La notion de culture renvoie presque toujours à l'identité, dans les esprits de chacun, il est évident que toute personne possède sa propre culture et que celle-ci mérite d'être respectée. Mais dans les faits, cette notion véhicule beaucoup de stéréotypes voir d'intolérance. Dans la théorie, la culture est un terme idéalisé, celle-ci peut très vite devenir un événement déclencheur d'animosité voir de haine.

Pour Tobie NATHAN « *La culture est le système qui, non seulement rend cohérent l'espace social, mais est aussi, et surtout, le système intérieur aux individus permettant de clôturer leur espace psychique. (...) la culture doit être reconnue comme étant le principal étai dans la fabrication de l'identité individuelle¹* ». L'identité étant l'essence même du culturel, celle-ci permettant de s'inscrire dans un mouvement, une appartenance afin d'avoir ses propres repères pour permettre aux patients d'en acquérir ou de les conserver.

L'hôpital reste un lieu de passage, de croisement culturel, de tous temps l'institution hospitalière a eu pour mission l'accueil de tous, pauvres, clochards, étrangers, handicapés, malades mentaux...ce fut un lieu de refuge asilaire, il était nécessaire pour la sécurité et la paix de tous, de mettre à l'abri des regards cette population d'exclus et de précaires.

a/ prise en compte de la culture par le personnel soignant

Il semblerait que les soignants soient de plus en plus sensibles à ce phénomène, l'hôpital est également l'employeur le plus diversifiant : en effet, nombreux sont les personnels d'horizons culturels différents. Cependant, l'hôpital fait face à un bouleversement des pratiques, avec un changement important d'organisation, de gestion des finances et de personnels. Ainsi, les injonctions gouvernementales tendent à plus de spécialisations,

1

Tobie NATHAN, La folie des autres : traité d'ethnopsychiatrie clinique, Dunod, 1986 (DIU Santé, société, migrations 2013. module 5 préjugés et représentations, doc d'alexis Hadzopoulos)

chaque établissement, chaque service, chaque professionnel devront être spécialisés, de plus en plus spécialisés. Dans ce contexte de changement d'idéologie du soin, et de la performance dans le cadre de l'économie, quelle place pour le « care² », le savoir être, l'accompagnement, les valeurs de chacun ? Comment le soignant peut-il sauvegarder sa culture de la prise en charge globale quand on lui demande de plus en plus de technicité, de rapidité, d'efficacité, au détriment du relationnel et du respect du rythme de chacun. Nous pouvons alors, dire qu'il peut y avoir un sentiment de perte d'identité culturelle et professionnelle face à une gouvernance hospitalière entrepreneuriale et soumise à la T2A³.

De plus, dans cette prise en compte de l'aspect culturel il faut ajouter également les difficultés sociales comme les conditions de vie précaires, les difficultés financières, les problématiques familiales, la migration etc.

Malgré cela, les soignants sont amenés à prendre en charge une personne dans sa globalité en prenant forcément en compte l'existence de « la souffrance sociale⁴ » qui tend à se développer dans notre société. L'origine ethnique devient un objet supplémentaire de souffrance pour les patients migrants.

Patrick PELOUX⁵ dénonce le manque de travailleurs sociaux notamment présents au sein des services d'urgences. En effet, les médecins urgentistes ainsi que les personnels de ces services rencontrent de réelles difficultés dans la prise en charge des patients accueillis pour des raisons médico-sociales, voir uniquement sociales.

Les soignants, même si la majorité est sensibilisée à l'aspect social, se sentent de plus en plus démunis face à la précarité dans laquelle sont plongés beaucoup de patients arrivants aux services des urgences. Jean FURTOS souligne « *la souffrance psychique d'origine sociale a des effets sur les personnes qui les vivent et sur les professionnels* »

2 Une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer « notre monde », en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible ; Joan C. Tronto « Du care », Revue du MAUSS 2/2008 (n° 32), p. 243-265 www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm.

3 Tarification à l'activité: C'est un dispositif de financement prévu par le Plan Hôpital 2007 qui met fin à la logique du système de dotation globale où les budgets alloués aux établissements étaient reconduits le plus souvent d'année en année par rapport au budget de l'année précédente. Ce sont désormais les activités de l'hôpital qui déterminent directement ses ressources. Les recettes vont ainsi correspondre à une approche médicalisée de l'activité. -<http://www.anfh.fr>

4 Jean FURTOS, psychiatre des hôpitaux /Le Vinatier Lyon/ Dossier « souffrance et société » Mental'idées n°11 09/2007. « Il s'agit d'une douleur d'existence, d'une souffrance qui peut certes accompagner une douleur organique mais aussi l'humiliation, le mépris social, ou pire l'indifférence. »

5 Patrick PELOUX, médecin urgentiste, président du syndicat des médecins urgentistes et engagés dans la cause de l'hôpital public.

qui les reçoivent ». Il semblerait que le contexte économique ambiant, un état de crise touchant notre pays, contribuerai à encore plus d'exclusion et de précarité. Comment les soignants peuvent –ils comprendre les mécanismes de la précarité et celle de l'exil ? Faire la différence entre une précarité généralisée et la question du culturel, intégrée la différence culturelle sans l'associé à la précarité qui conduit inévitablement à l'exclusion de ces patients.

Ce phénomène, fragilise la relation et le patient migrant lui-même, sa culture l'enfermant dans une catégorie de patients risquant d'être moins bien pris en charge. L'incompréhension, les difficultés relationnelles, la barrière de la langue contribuant à cela.

Pourtant, il semble que les soignants dans certains services hospitaliers fort de leur expérience ainsi que les travailleurs sociaux de part leur formation peuvent détenir, une facilité plus prégnante dans le fait d'appréhender la culture de l'Autre, dans une démarche de prise en charge globale du patient, et non pas ciblé uniquement sur le « médical », c'est une prise en soin de toutes les formes de souffrances, y compris la « souffrance sociale ».

Zahia KESSAR, socio-anthropologue affirme « *La culture est dynamique, elle évolue sans cesse. S'il est impossible et inutile au soignant de devenir une encyclopédie des codes et des comportements culturels, il peut néanmoins être un « ignorant actif*⁶... »

Mais cette interrogation sur la culture de l'Autre, renvoi peut-être à une réflexion sur notre propre culture en tant que soignant, quels sont nos propres modèles culturels ? Comment vont-ils déterminés notre rapport au corps, à la maladie, à la mort ?

L'anthropologie, permettant une réflexion sur l'identité, celle du patient, mais aussi celle du soignant, pourrait-elle contribuer à apporter un autre regard sur les représentations culturelles diverses et quotidiennes rencontrées à l'hôpital ?

1/ L'interculturalité:

Définition

A l'hôpital, l'activité médicale oblige presque toujours à être confronté à la culture de l'Autre. La relation d'aide est avant tout une relation soignant/soigné nous évoquant la

6 Zahia KESSAR, socio-anthropologue et formatrice/ source internet : soins interculturels.pdf / dossier : « mieux connaître ceux que nous soignons ».

dimension dominant/dominé. Dans un premier temps, le soignant démontre son savoir professionnel, dans un second temps il devra d'une façon ou d'une autre prendre acte de la culture du patient. Être formé à l'interculturalité c'est avoir un regard sur la société, notre société et son modèle de fonctionnement et qu'est-ce que cela induit dans la rencontre d'autres modèles sociétales.

Selon Margalit Cohen-Emerique⁷ le premier mouvement d'une formation à l'interculturel c'est le changement du regard sur soi, c'est le fait de comprendre, à partir de l'image que l'Autre nous renvoie, que notre vision du monde n'est pas universelle mais aussi culturellement marquée.

« ...dans la relation à l'Autre, chacun conçoit la rencontre en référence à un ou plusieurs écrans l'enfermant sur lui-même. L'écran personnel est marqué par le sceau de l'égoïsme, celui du culturel est constitué des stéréotypes issus de son groupe d'appartenance. La prise en compte de cet écran d'origine socio-culturelle comme critère de pensée et de norme mène à ce que l'on appelle l'ethnocentrisme⁸. Quant à l'écran universel, c'est celui de l'humanité et renvoie à l'anthropocentrisme. Le Moi comporte ainsi plusieurs niveaux : le niveau personnel, celui du groupe et enfin le niveau de l'humanité. Certaines personnes ne parviennent que rarement à dépasser le niveau de l'écran personnel. D'autres y parviennent pour demeurer au niveau de l'écran culturel. Rares sont ceux qui parviennent à s'inscrire dans une attitude universelle. Notre relation aux autres apparaît marquée, d'emblée, des traces de notre subjectivité. Ce n'est qu'au prix d'une élaboration sans cesse renouvelée autour de celle-ci que peut apparaître la lueur du dénouement de la rencontre avec l'Autre, professionnel, bénéficiaire, immigré⁹... »

Au cours de mon questionnaire destiné aux personnels de l'hôpital où j'interviens j'ai pu repérer différents positionnements dans le domaine de l'interculturalité.

A la question : quelles sont les questions d'après vous à se poser sur le plan culturel pour améliorer la relation soignant/soigné ?

7 Margalit COHEN-EMERIQUE 1999 -le choc culturel, Méthode de formation et outil de recherche, Antipodes n°145

8 Alexis HADZOPOULOS/ Anthropologue, chef de service centre de santé ESSOR, DIU 2012/2013 « santé, société, migrations » module 5 « préjugés et représentations »/ def/ : *interpréter les autres cultures au travers de notre propre culture, c'est notre culture qui prévaut sur l'Autre, valeurs dominantes.*

9 Nabil HAJJI adjoint de direction institut pour le travail éducatif et social (ITES) Brest/France/dossier : Diversités et citoyennetés/N°25/I/2001 page14, « l'interculturalité en question »

« ...bien avoir conscience de ces différences pour faire les soins avec respect... ; sommes-nous prêts personnellement à accepter l'Autre ? (Avec ses différences), quelle place prenons-nous dans le soin emprunt de notre culture ? Comment le transmettre ?..... ; le respect de la différence, le comportement du soignant peut améliorer ou détériorer une bonne prise en charge, un visage ouvert et souriant apporte beaucoup et facilite l'approche... »

Ou alors :

« ...a part la langue, tout ce qui à attrait à la culture, l'alimentation, croyance, mode de vie...n'influe en rien sur les relations et contacts administratifs que l'on peut avoir avec eux... ; ce questionnaire remet en cause la prise en charge des patients migrants, nous sommes confrontées chaque jour à des difficultés, que ce soit à cause de la langue ou parfois même de la religion, et nous essayons de faire face à ces situations au mieux avec les moyens qui sont à notre disposition, mais on en vient quand même à se demander si c'est vraiment à nous de nous adapter, les personnes vivant depuis des années en France ne devraient-elles pas pouvoir se faire comprendre ?...trop de questions sur la différence, je trouve que le questionnaire pourrait faire croire et pourrait nous faire passer pour quelqu'un de raciste malgré l'anonymat.... !!!! »

Ici le constat peut-être fait que le personnel soignant n'est pas complètement indifférent à la notion de différences de culture. L'interculturalité commence peut-être dans la prise de conscience de l'Autre et de ses particularités entres autre culturelles.

Cependant, il reste encore du chemin à faire, notamment dans le regard porté à cette population, la dernière réponse démontre une grande difficulté dans l'analyse de ce qui nous différencie les uns des autres ; en effet, déjà le questionnaire lui-même semble déranger, la question étant pourquoi un tel questionnaire portant uniquement sur la prise en charge des patients étrangers ? Quid de la prise en charge des patients handicapés par exemple ? C'est oralement que certaines soignantes m'ont interpellées afin de comprendre le but de ma démarche et se demandant pourquoi je m'intéressai uniquement à cette catégorie de patients.

L'interculturalité est un débat ouvert, mais il apparaît que les esprits doivent s'ouvrir avant tout. Cette notion n'est pas une évidence pour tout le monde, pourtant à l'hôpital elle devrait s'imposer comme un principe.

2/les différences culturelles:

a) La culture professionnelle:

Dans l'enceinte de l'hôpital le personnel soignant et accueillant fonctionne suivant UN modèle culturel professionnel, une culture médicale avant tout, en toute logique, cette culture devrait être complétée par une culture sociale ou tout au moins une culture médico-sociale. Cependant pour certains auteurs, il existe des adaptations, dans un dernier ouvrage écrit par quatre auteurs, un d'eux cite : « ...la prise en compte des singularités du patient relève d'une stratégie d'adaptation plus que d'un renversement du modèle de référence. Bien que les « différences » gênent pratiquement et heurtent idéologiquement les soignants, le personnel de santé considère aujourd'hui qu'il est de son devoir d'en tenir compte et de ne plus ignorer le malade au nom de la maladie¹⁰... »

Malheureusement, pour une majeure partie des professionnels de santé la priorité étant le soin, l'aspect socio-culturel reste bien loin au second plan.

Lors de mon enquête de terrain, j'ai pu noter dans les retours de questionnaires des remarques comme réponse à la question :

- Êtes vous mal à l'aise dans la prise en charge des patients migrants ?

« Si il reste correct... ; non, aucune différence entre les patients... ; cela ne m'empêche pas de gérer ma journée de travail.. ; en tant que soignant, je me dois de prodiguer les mêmes soins à tout individu quelque soit son origine, sa culture, ses antécédents, le fait que le patient soit migrant ou non n'entre pas en considération... ; parfois très demandeurs... ; en étant dans un hôpital public et donc laïc, la culture de chacun doit en aucun cas être prise en compte, le personnel ainsi que le patient doit être complètement neutre.... »

Ces réponses, démontrent qu'il existe une difficulté dans la prise de recul dans la pratique professionnelle, et que celle-ci reste trop souvent technique en cherchant à aboutir absolument à son objectif principal « le soin médical ». La dernière remarque, pousse même l'idée jusqu'à faire un amalgame entre la culture et le rite traditionnel voir

10 François DUBET/ « Pourquoi moi »/ éditions du seuil/ 2013/ page 213

religieux. Ici l'on perçoit l'incompréhension de la démarche (dans le questionnaire) et l'impression que le soignant connaît mal le sens du mot « culture ».

La culture médicale est un phénomène complexe, c'est une micro-société avec ses normes, ses valeurs, ses règles. Elle est cependant empreinte de la notion de « relation d'aide » même si il est parfois très confortable de se réfugier derrière la technique. Nabil HAJJI décrit ici comment les professionnels de santé se positionnent en terme de groupe d'appartenance :

«... la question de l'identité et de la culture professionnelles renvoie à la notion d'un groupe d'appartenance pour le professionnel. Ce groupe peut-être un groupe d'assistants sociaux, d'infirmiers. Ces groupes sont des communautés de savoirs, soutenus par des représentations partagées. Ce groupe évolue dans un cadre politique, idéologique préexistant, le groupe d'appartenance est le support d'une culture professionnelle.... ce groupe professionnel est rassurant, structurant, suffisamment bon, à l'expression de Winnicott, et peut permettre d'aller à la rencontre d'autres cultures professionnelles et ainsi permettre de s'ouvrir sur la rencontre avec l'usager. Cependant, il peut être clivant, en empêchant de nouer des relations avec les autres, être inhibiteur, constituer un frein et contribuer à un effet de renfermement sur le groupe renforçant l'idéologie disciplinaire¹¹....»

Les professionnels à l'hôpital, font parfois face à des situations complexes, dans lesquelles ils se sentent souvent démunis. Aux questions :

- Êtes vous mal à l'aise dans la prise en charge des patients migrants ?

« Oui, étant donné que souvent il y a l'obstacle de la langue et donc une impossibilité de communiquer et de se faire comprendre afin d'expliquer les choses comme on doit le faire... ; oui, frustration de ne pas pouvoir répondre à leurs attentes... »

- face à l'incompréhension soignant/soigné migrant, a votre avis quel impact cela a-t-il sur la relation, le soin ?

« Tendue, le patient peu se braquer car il croit que l'on ne prend pas en considération sa douleur... ; impression de perdre un peu de sens vis-à-vis du soin effectué... ; frustration d'une prise en charge non personnalisée et non adaptée au patient, inefficacité..., ne pas pouvoir aller au bout de notre mission... »

11 Nabil HAJJI/ page 15

Il s'agit donc pour le soignant d'arriver à analyser son empreinte culturelle professionnelle et arriver à modifier son comportement en prenant du recul dans sa pratique au quotidien. Essayer de faire tomber en priorité ses représentations professionnelles ceci permettant un premier pas vers « l'interculturalité ».

Les soignants ne sont pas toujours préparés aux conséquences de cette dimension relationnelle, cette relation est composée de deux individus (le patient et le soignant) emprunt chacun de leurs cultures, et de leurs propres représentations et de leurs identités.

b) la culture d'origine traditionnelle, familiale

Dans cette partie je ne peux pas faire l'économie d'exposer la notion de « famille transnationale¹²», la migration entraîne le déplacement des populations au sein desquelles se trouvent des familles, dans ce phénomène les personnes s'installent dans un pays d'accueil tout en gardant des liens forts avec les autres membres de la famille dans le pays d'origine. Ces familles en situation de migration ont déplacés également leur culture et leurs traditions, ce lien reste primordial voir vital. En effet, dans une démarche identitaire la recherche du maintien du lien avec la famille resté au pays est primordiale. C'est dans un souci existentiel que ces personnes ont besoin de maintenir les traditions qu'elles soient familiales, régionales ou nationales. C'est un réflexe humain que d'avoir l'instinct de conservation des valeurs et des savoirs faire et ainsi de le perpétuer à travers leurs enfants même si ils se trouvent et surtout si ils se trouvent sur une « terre étrangère ».

Exemple : problématique des mariages turcs en Belgique.

La Belgique pays de croisements culturels, connaît une forte immigration d'origine turque, les types de mariage les plus courants sont les mariages entre jeunes issus de l'immigration où entrent un jeune issu de l'immigration et un jeune du pays d'origine. Dans de nombreuses cultures le mariage fait parti des rites de passage les plus importants (naissance, mariage, mort).

¹² Source Internet : www.csssbordeauxcartiervillesaintlaurent.ca /Montréal-québec/revue Transmission mai 2006/la vie familiale des immigrants « Désigne un groupe de famille dispersé géographiquement entre deux ou plusieurs pays suite à la migration de ses membres qui maintiennent des liens étroits au-delà des frontières des Etats Nations »

« ...la religion, la langue et la culture déterminent en général la frontière endogamique ; en se situant au cœur de la problématique du mariage, elles favorisent le mariage avec un conjoint en provenance de la Turquie, suscitent des doutes sur les capacités matrimoniales des jeunes issus de l'immigration et empêchent l'union mixte. Dans tous les cas, la transmission de celles-ci aux prochaines générations cause une angoisse d'au-delà chez les parents¹³... »

Cette exemple démontre combien les personnes immigrées s'attachent à leur culture et ont des difficultés à adopter les rites du pays d'accueil. Tout en étant tiraillées entre la culture d'origine et le modèle proposé par le pays d'accueil. Cet attachement permet aux migrants de conserver leurs identités et leurs cultures et ainsi perpétués à travers leurs enfants les traditions.

«...les notions de traditions, et de culture s'avèrent trop « consistantes » et figées¹⁴... »

Au cours de son travail anthropologique portant sur des familles turques dans la Loire, Claire AUTANT-DORIER nous rappelle la notion de parenté « *faitiche* », en effet, elle cite : « *la culture ne détermine pas elle « fait faire », la parenté permet les attachements et forge l'identité, cela permet de construire sa légitimité. »*

Notons également la théorie d'Emmanuel TODD¹⁵ qui évoque un destin des immigrés en fonction du lieu géographique où il va s'installer, en effet, il cite : «*...deux types anthropologiques fondamentaux et antagonistes, la famille nucléaire égalitaire et la famille souche, permet en revanche d'expliquer la spécificité de l'universalisme Français, en comparaison à la matrice anthropologique fondamentale différentialiste commune aux États-Unis, ce qui explique le maintien de la ségrégation des Noirs¹⁶. »*

c/ Question éthique (celle de la culture religieuse)

Je ne pourrai pas aborder la question de la culture religieuse dans ce travail. Le sujet reste très sensible, cependant, il reste très souvent le cœur des interrogations, des représentations et provoquent trop souvent et de façon non justifiée de la discrimination voir de l'intolérance.

13 Ertugrul TAS/Psychologue clinicien, chercheur doctorant/ dossier : Diversités et citoyennetés N°25/I/2001 page 22, « mariage entre la clinique et le terrain : cas des Turcs »

14 Claire AUTANT-DORIER/ Anthropologue Centre Max Weber université Jean Monnet (ST Etienne) DIU santé, société et migrations/ intervention Module 7/La famille à l'épreuve de la migration/ saisir les identités en mouvement : parenté et histoires de familles turques en migration .

15 Emmanuel TODD/ « le destin des immigrés » éditions du seuil/1994

16 Ibid /Emmanuel TODD/ page 237.

L'amalgame est d'ailleurs presque toujours fait entre religion et tradition.

C'est au détour des retours de mon questionnaire qu'est apparue cette notion là, je n'avais pas du tout entrepris d'aborder le sujet dans cette enquête.

À la question :

- quelles difficultés rencontrez-vous avec les patients migrants ? langue ? représentation culturelle ? place du soignant

« La culture des patients pose quelques problèmes, surtout dans un cas, circoncision rituelle (incompréhension du coût de l'intervention, demande sur la religion du chirurgien ...)... ; Hôpital =laïc, doit-on vraiment prendre en compte la culture de chaque patient ? En a-t-on vraiment le temps ?.... »

Un problème avant tout éthique se pose face à cette réponse, en effet, si cet acte de circoncision n'était pas pratiqué à l'hôpital, alors, il continuerai à être pratiqué à la maison, et dans des conditions d'hygiène et de confort incertaines. Ici la question de la santé publique se pose et il parait impossible de revenir à des pratiques coutumières anciennes. Idem dans la question de l'IVG, il semble impossible de penser que celui –ci ne se pratique plus à l'hôpital mais de nouveau clandestinement.

Il est certain, qu'en terme de droits du patient intervient également le droit d'avoir accès aussi à sa propre pratique culturelle dans un établissement médical et sécurisé. Le soin trouve tout de même sa place dans ces actions tout en préservant le culturel et le religieux.

Tout ce qui est de l'ordre du religieux reste une question intime et délicate, alors que le culturel nous entraîne vers le partage et le collectif.

Selon Laurence KOTOBI *« ...une ethnicité musulmane, construite autour du voile des femmes arabisées, de la polygamie des hommes africains, de la langue arabe ou encore de la circoncision semble ainsi caractériser ces différentes situations qui ont toutes en commun de forger les contours d'une altérité par rapport à laquelle les professionnels de santé vont pouvoir se situer et acter leurs soins...l'islam apparaît expressément lié à une lecture en terme de genre, véhiculant l'image d'une religion de soumission de l'homme à son dieu et de la femme à l'homme. Une lecture qui exclut parfois le (la) patient (e) du système de droit commun : sous l'effet de sa propre volonté ou attitude de*

se désigner ainsi (on parle alors d'incorporation du stigmat) ou selon l'assignation édictée par les personnels hospitaliers (effet de catégorisation)¹⁷... »

En conclusion, ce sujet de la question de la religion reste un sujet délicat mais méritant peut-être d'être traité comme un sujet de mémoire à part entière.

3/ Chocs culturels¹⁸.

Margalit Cohen-Emerique, définit le choc culturel comme une difficulté inhérente à tout individu de percevoir les différences culturelles. L'intervention du professionnel auprès des migrants est d'abord une rencontre, une communication interculturelle, les deux acteurs étant porteurs de culture. C'est notre propre identité socioculturelle qui constitue un des obstacles majeurs à l'ouverture à l'altérité différente.

Ce phénomène peut également intervenir dans les cultures professionnelles, la confrontation de la culture du patient à celle du soignant emprunte de la culture professionnelle peut entraîner des situations très complexes et difficiles à dénouer.

L'enquête de terrain que j'ai menée, démontre combien il est difficile pour les soignants de se défaire de cette emprunte culturelle professionnelle mais aussi pour d'autres l'intérêt porté aux patients migrants et la prise en compte de la différence :

A la question : trouvez 3 mots ou expressions pour définir la différence culturelle : j'ai pu classer deux catégories de réponses :

« ...inégalité, analphabétisation, écart, incompréhension, conflit, difficile dans le soin, manque d'intégration.... »

Et *« ...coutume, tradition, religion, alimentation, diversité, croisement, échange, mixité, enrichissement, discrimination, valeurs, couleurs de peau, une autre vision de la vie... »*

Toutes ces expressions et mots recueillis dans le cadre de ce questionnaire nous amènent à penser que la notion de culture et le choc n'ont pas toujours le même effet, ces multiples rencontres peuvent également aboutir à un enrichissement dans la relation et la prise en charge à l'hôpital. Dans cette enquête, j'ai pu très souvent relever le manque de temps

17 Laurence KOTOBI, Chantal CRENN/ du point de vue de l'ethnicité/ page 219/éditions Armand Colin 2012.

18 Ibid Alexis HADZOPOULOS/ def : mise en place de défenses personnelles et réaction par la défense et la protection.

Pour Ariella ROTHBERG anthropologue et psychologue clinicienne DIU 2012-2013 « santé, société, migrations » intervention module 5/ déf : notion de menace identitaire.

pour être à l'écoute, mais je pense que ce n'est qu'un demi problème car si le soignant est capable d'adopter une posture de décentration¹⁹, alors, la prise en charge n'en sera que meilleure.

Laurence KOTOBI explique cette notion de choc comme suit :

« ...Les intervenants médico-sociaux interrogés reconnaissent souvent à ces populations migrantes/étrangères des habitudes spécifiques, des modes relationnels et des codes différents autour de la maladie, de la mort, de la douleur, du risque... Certaines pratiques ou croyances choquent, interpellent les soignants, par rapport notamment aux normes de la société d'accueil (qu'ils représentent généralement pour les migrants). Il s'agit essentiellement des domaines d'actions où l'intervenant est mis en difficulté... (Que faire ? Comment agir ? Comment interpréter?)²⁰.... »

Le choc culturel peut également provenir de la culture professionnelle, en effet, dans le cadre des nouvelles réformes hospitalière la notion de « client » fait son apparition, pour nombre de soignants il devient difficile de se positionner, Laurence KOTOBI explique comment la notion de choc peut être décrite dans ces situations *« ...Le fait que les soignants insistent sur la spécificité des patients étrangers peut aussi signifier une résistance à l'injonction de soigner vite ou de manière protocolaire et standardisée des patients qui présentent justement des éléments plus complexes dans le soin. Ne peut-il s'agir également de l'expression du conflit de valeurs auquel le professionnel est confronté (entre « soigner bien » et « soigner comme on peut²¹ » ... »*

Lors de mon enquête auprès des soignants de l'établissement où je travaille, une réponse a tout simplement attiré mon attention :

A la question : Quelles difficultés rencontrez-vous avec les patients migrants ? Sur le plan de la langue, de la représentation culturelle, de la représentation du soin et la place du soignant. Un soignant du service des urgences répond : *« dans le domaine du soin nous rencontrons la notion de soins « fast food » où le soin est un dû »*

Cette réponse m'a semblé surprenante, cependant, je pense que cette notion n'est pas simplement à rapporté à une unique catégorie de patients étrangers mais certainement à aux différentes catégories de patients en général.

¹⁹ Ibid/ Alexis HADZOPOULOS/Def : être capable de prendre en considération un autre champ culturel que le sien.

²⁰ Laurence KOTOBI, page 195.

²¹ Laurence KOTOBI page 210

Zahia KESSAR²² nous indique en effet, qu'actuellement et toujours dans le cadre d'une évolution de l'hôpital, des soins et du statut du patient «...qu'aujourd'hui de nouvelles valeurs (qui s'expriment à travers la charte du malade hospitalisé, l'humanisation des soins, la loi de mars 2002 sur le droit des malades, les politiques d'accueil prévues par l'accréditation, le patient qui devient « client ») modifient les attentes des patients et familles et ont fait évoluer la relation soignant/soigné : les patients dont les droits ont été affirmés et renforcés sont aujourd'hui mieux informés... »

II La communication.

1/ la communication verbale :

a/Barrière de la langue :

Dans toute prise en charge pour beaucoup d'institutions et notamment dans les relations intervenants/migrants, s'impose la nécessité de parler la langue du pays d'accueil. Pour le migrant, connaître la langue est quasiment indispensable et revient en somme à dire qu'il est nécessaire de connaître la langue pour avoir droit à un travail, à un logement, à l'éducation des enfants, aux soins de santé et pour pouvoir participer de plein droit à la vie citoyenne.

Berruto²³ mentionne un phénomène de relation par le langage parlé qu'il appelle « *dilalie* » où les différentes variétés de langage sont mélangés à l'intérieur d'un même discours autrement dit un mélange de langues.

La barrière de la langue, entraîne des problématiques importantes, en effet, les personnes migrantes ressentent par ce biais un phénomène d'exclusion, ce sentiment se fonde sur la perception de discriminations directes, ou sur les représentations partagées du « citoyen type » du pays d'accueil. Ces représentations sont basées essentiellement sur des traits physiques ethniques, ainsi, par exemple, certaines personnes citoyennes de souche auraient quelquefois tendance à penser que nous ne descendons pas des mêmes ancêtres (couleur de peau, apparence physique, nom), même si le migrant maîtrise la langue du pays d'accueil, cette discrimination ethnique semble toujours présente.

22 Laurence KOTOBI page 245

23 Gaetano BERRUTO / socio-linguiste Italien 2003

Ainsi, au cours de mon enquête, et en réponse à quasiment toutes les questions, la question de la barrière de la langue revient de façon récurrente. Cette question du verbale représente le plus gros obstacle pour les soignants. Tous pensent que si la langue était maîtrisée par le patient migrant, la prise en charge serait de meilleure qualité.

Parmi les réponses à mon questionnaire, en voici quelques unes relevées :

« ...incompréhension totale, de grosses difficultés de prise en charge pour ces patients car n'ont aucune base de français : donner un rendez-vous, expliquer un protocole avant un examen, une intervention... tout cela devient très compliqué, difficultés pour comprendre les attentes des patients, non seulement ils ne parlent pas le français mais ils ne le comprennent pas, ils ne l'écrivent pas non plus, difficultés pour se comprendre surtout avec les derniers migrants.... »

Le fait que ces patients ne maîtrisent pas le langue du pays d'accueil, peut également entraîner des risques de mauvaise prise en charge voir d'erreur de diagnostic ou de mise en place de mauvais traitements comme certains l'explique : *« ...crainte de ne pas répondre à la demande de soin, être à côté, difficile de s'imposer, de s'impliquer à 100% dans le soin, mauvaise interprétation de la douleur, plus de difficultés pour expliquer les soins et leurs buts... »*

Ainsi la barrière de la langue peut aussi être source de diagnostics inadaptés ou incomplets de la part du soignant. Une étude en hôpital, conduite auprès des patients a montré que les difficultés linguistiques pouvaient limiter ou déformer les informations transmises par le patient non francophone (sur son état, ses douleurs, ses prises de médicaments...) et fragiliser ainsi le diagnostic médical²⁴.

b/ La communication non verbale :

La communication c'est bien plus que des mots, elle inclut tout un processus mental nécessaire dans la physiologie d'un cerveau pour communiquer avec des mots ou autres formes non verbales.

Différents modes de communication sont présents dans la relation humaine, très souvent le mode non verbal intervient avant la verbalisation. La communication peut s'instaurer par le regard, le toucher, la posture etc... dans mon questionnaire destiné aux personnels de l'hôpital où je travaille une des soignantes me répond : *« ... le comportement du*

24 PRIPI -Rapport final : accès à la santé et aux soins des personnes immigrées – août 2012 page 26

soignant peut améliorer ou détériorer une bonne prise en charge, un visage ouvert et souriant apporte beaucoup et facilite l'approche... »

2/ la communication culturelle :

Quand la culture du patient, ses habitudes de vie, sa langue maternelle, ses croyances, son histoire est étrangère à celle du soignant, une situation d'incompréhension mutuelle faite d'anxiété et d'isolement peut compliquer la relation. Cela ne veut pas dire qu'il faille être de la même culture automatiquement pour que la relation se fasse. Non, il faudra simplement, que le soignant soit en capacité, comme cela a déjà été dit, de prendre en considération le patient dans sa globalité, cela revient à dire, que le soignant doit se comporter comme avec tous les patients en général, mais en supplément doit porter une attention particulière au fait que le migrant est porteur d'une histoire singulière et que cela doit interagir dans la prise en charge médico-sociale.

3/ L'interprétariat :

L'interprétariat à l'hôpital est dans la prise en charge des patients étrangers/migrants la première problématique. L'hôpital se doit de répondre actuellement en terme de tarification à l'activité, ceci n'est pas pour améliorer la prise en charge particulière des patients ne pratiquant pas la langue du pays d'accueil. En effet, très souvent le personnel soignant met en cause le problème du temps, celui « perdu » dans la compréhension et la mise en relation avec le patient. De plus en plus, l'activité est aussi « sociale » notamment aux services des urgences où le personnel est confronté régulièrement à l'accueil de patients en détresse, et sous couvert du soin, seraient plus en demande « sociale ». Malheureusement, il semblerait que l'activité sociale à l'hôpital ne soit pas une des priorités, bien que les équipes essaient au mieux de répondre aux demandes.

L'interprétariat à l'hôpital est nécessaire, mais difficile d'accès, en parallèle, certaines études démontrent les difficultés rencontrées lorsque l'interprétariat est effectué par des membres de la famille :

« ...Dans son analyse des rencontres médicales interprétées, Downing (1992), professeur et chercheur en linguistique à l'University of Minnesota, a présenté une autre démonstration des risques qu'on court en employant des interprètes non formés ou

bénévoles. Un de ses exemples - une rencontre entre une infirmière praticienne, un patient et le fils du patient agissant à titre d'interprète - présente plusieurs types d'incommunication».

Par exemple : l'interprète n'a pas compris la question de l'infirmière et n'a pas demandé des éclaircissements, il a interrompu la dynamique de l'entrevue en demandant à l'infirmière de reformuler ce qu'elle venait de dire ou en demandant qu'elle explique le sens de tel ou tel mot, il a commis des erreurs d'interprétation parce qu'il ne comprenait pas suffisamment bien certains mots et certaines expressions idiomatiques, il a répondu lui-même à une question sans même tenter d'interpréter la question ou sa réponse en anglais pour le patient, il a donné ses propres opinions ou des renseignements sur le patient sans qu'on le lui demande, il a omis d'interpréter une réponse donnée par le patient²⁵ ... »

Cette étude démontre et analyse la communication entre un patient et un interprète membre de la famille, elle relève en effet, des incompréhensions et même des transformations du dialogue.

Ces barrières linguistiques ont également des répercussions sur les professionnels et intervenants, elles entraînent un stress supplémentaire, un sentiment d'insatisfaction dans la prise en charge des patients étrangers/migrants. Ces situations entraînent parfois le soignant dans des débordements d'ordre éthique, ainsi, les normes éthiques et les codes de déontologie de chaque profession médicale ou administrative à l'hôpital sont parfois difficile à respecter.

Cette barrière linguistique peut interférer dans les divers domaines comme : le processus décisionnel, la confidentialité, la vulnérabilité du patient, l'égalité entre les patients et la représentation culturelle.

« ...les équipes médicales ont de plus en plus recours aux interprètes lors de leurs consultations, pour mieux comprendre et se faire comprendre. Ceux-ci sont accessibles par différents modalités : classés par langues étrangères sur des listings et joignables à n'importe quel moment par téléphone, ou encore proposés par un prestataire extérieur reconnu dans cette activité, employé par l'hôpital. Bien souvent cependant, ce sont les proches du patient qui sont appelés à traduire. Ce type de recours pose de nouvelles

²⁵ Source internet : <http://www.hc-sc.gc.ca> /santé Canada/ Étude/ Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé /2001

questions sur les représentations que le monde médical et hospitalier possède de l'usage de la langue... et en dis long sur la réduction du « problème de la langue²⁶ »... »

Lors de mon enquête la barrière de la langue revient très souvent, elle conclue même le questionnaire. En effet, les soignants expriment plutôt des difficultés par rapport à la langue qu'à la différence culturelle. Ils traduisent de grandes difficultés à communiquer et faire comprendre l'importance des soins et la conduite à tenir. À la question avez-vous recours à des tiers dans la traduction : « ...registre d'interprétariat²⁷, appel à un interprète, famille, collègues (++++), accompagnants, travailleurs sociaux, etc. ... »

A mon grand étonnement, j'ai eu énormément de réponses correspondantes au recours à un interprète sur la liste existante, à un registre d'interprétariat alors qu'il me semble que dans la réalité cette liste est très peu utilisée. Je m'interroge sur la fiabilité des réponses en ce qui concerne cette question de l'interprétariat, et sur le fait que les personnels soignants se trouvaient en difficulté pour répondre, face à cette question ; sachant qu'à priori c'est l'interprétariat de proximité qui fonctionne, comme les accompagnants, les collègues présentent à ce moment là, la famille du patient. Les personnels interrogés ont-ils été amenés à répondre faux, en ayant une certaine crainte de retours (hiérarchie) ou tout simplement en essayant de se convaincre par la réponse qu'il faudrait en effet avoir recours à cette fameuse liste, et en réalisant qu'ils ne le font pas dans leur pratique ?

Finalement, j'ai pu constater, qu'au problème le plus récurrent comme la barrière de la langue évoqué par les soignants dans ce retour de questionnaire, que le seul outil disponible (mais peu fiable) n'est pas ou peu utilisé. La question se pose également du manque d'intérêt de la part de l'établissement dans la création d'un outil plus fiable, mis à jour, et facilement repérable par les soignants dans les services.

26 Laurence KOTOBİ page 210

27 Sachant que dans mon établissement, une liste existe ,elle est remise à jour irrégulièrement et pour la plupart , les personnels des services, ne savent pas où la trouver !

III pour une meilleure compréhension et un accompagnement de qualité des migrants

1/ Les représentations :

Au quotidien à l'hôpital mais aussi en dehors de l'hôpital, nous avons des représentations, qu'elles soient culturelles, sociales, professionnelles mais également de genres.

Il est difficile pour chaque individu et dans notre cas pour chaque soignant, d'arriver à faire tomber ses représentations, il est nécessaire d'accomplir un vrai travail sur soi afin de modifier son regard ainsi que sa façon de penser.

« ...Nous avons besoin de « grilles d'interprétation » de la réalité qui nous permettent de mettre de l'ordre rapidement et efficacement dans cette masse de stimuli divers. Nous avons besoin d'avoir le sentiment de comprendre et de maîtriser ce qui nous arrive, d'avoir des certitudes, des évidences sur lesquelles s'appuyer. Les représentations sociales jouent un rôle « de grille de lecture » du réel²⁸... »

Je pense que l'emploi de personnels soignants d'horizons culturels différents est nécessaire même si ce recrutement n'a pas de liens avec cette problématique. Le fait d'avoir des collègues d'origine ethnique différente oblige à réfléchir et à se positionner d'une autre façon face aux patients migrants et étrangers. À contrario, cela peut provoquer des conflits et contribuer à créer des « groupes de soignants ethniques ». Alors, des enjeux de pouvoir existent et nous pouvons assister à des comportements racistes allant dans les deux directions²⁹. Les uns reprochant aux autres d'avoir des comportements racistes envers les patients étrangers.

Cependant, les représentations sont certainement plus importantes dans le domaine social, en effet, les soignants, avant la catégorisation raciale, définissent en priorité la position sociale. Il n'est pas rare d'entendre au sein des services des remarques visant plus particulièrement l'aspect, l'allure, l'âge, le sexe, le genre de la personne avant l'origine ethnique. Les représentations sont alors ancrées au cœur du statut social et renvoi un patient dans une catégorie précise qui impliquera qu'il sera pris en charge plus ou moins bien à ce moment là.

28 Ibid Ariella ROTHBERG

29 Ibid Zahia KESSAR page 238 « du point de vue de l'ethnicité » Chantal KOTOB

« ...Fortes ou faibles, à l'hôpital, les discriminations sont peu visibles pour les malades autant que pour les personnels parce qu'elles sont comme écrasées par une logique médicale rationnelle et objective déterminant, à la fois, la hiérarchie des personnels de santé et les parcours des malades. Dans ce registre là, les inégalités sont techniques, sociales et symboliques, les compétences et le genre y ont des places bien définies. Les discriminations culturelles et raciales, même quand elles existent, ont de ce fait du mal à apparaître. Elles sont d'autant plus englobées dans le système que considérer la malade comme un individu et un sujet a conduit à tenir compte des « différences ». Les tensions sont alors reportées sur le personnel et la politique même de l'hôpital³⁰... »

Je reviendrai ici sur la prise en compte nécessaire de la souffrance sociale, en effet, Jean FURTOS, indique qu'il faudrait obligatoirement que celle-ci soit prise en considération dans tout accompagnement, les intervenants médico-sociaux doivent savoir écouter une souffrance psychique d'origine sociale pas toujours exprimée avec des mots mais bien avec le corps. Il serait nécessaire que les soignants puissent développer la capacité à détecter la « non demande ³¹», plus une personne est mal, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique.

« La plus grande horreur, pour un humain, est de ne pas être reconnu comme tel, c'est à dire respecter comme un humain³² ».

Enfin, les représentations culturelles entraînent presque automatiquement un sentiment de peur et d'angoisse vis à vis de l'Autre. L'inconnu suggère beaucoup de fantasmes, et bloquent les individus dans une posture fermée. Ainsi, on peut entendre dire que l'on est ami avec telles ou telles personnes d'origine étrangère mais être très intolérant vis à vis de ses congénères. On entendra alors : « ... mais lui (ou elle), ce n'est pas pareil... ».

On constate ici, qu'il y a une incapacité à individualisée la relation, et à forcément ramener la personne à son statut d'étranger et donc de différent.

« ...La peur de la différence explique aussi la raison de nos représentations. Même si la société française est bâtie sur une réalité pluriculturelle, au terme « intégration », nous associons souvent maîtrise de la langue, adhésion à certaines valeurs, adoption du style de vie à la française, autrement dit des attitudes de la part de l'étranger qui ne dérangent pas, ne choquent pas. La présence d'immigrés provoque cette peur d'un

30 Ibid François DUBET page 234

31 Ibid Jean FURTOS

32 Ibid Jean FURTOS

empiètement sur l'identité française. La différence culturelle est bien souvent vécue comme une menace et non comme un enrichissement³³... »

2/ Les politiques sociales :

Du côté organisationnel l'hôpital subit actuellement des changements profonds, comme la notion de cotation à l'acte, de mise en place de pôle, de rentabilité (on parle de patient mais récemment de client) dans ce contexte la place et le statut du patient évolue également.

« ...dans les orientations choisies, l'hôpital impose à ses personnels et clients un « ordre négocié » (Strauss, 1992; 1963) souvent invisible, mais puissant qui encadre les relations qui s'y construisent à l'occasion des prises en charge (Hugues, 1996; 1971)...L'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur a connu également quelques recherches portant sur les réseaux de santé (Bungener et Poisson-Salomon, 1998) comme nouvelles formes d'organisation des soins³⁴... »

La notion de réseau démontre une volonté « d'aller vers » ce qui revient à réfléchir la mise en place des PASS au sein des hôpitaux et à la mobilité de celles-ci. En effet, si il est parfois difficile aux patients migrants et étrangers d'avoir accès aux soins, la PASS ne devrait-elles pas instaurer un service mobile afin d'amener ces patients-là plus facilement aux soins ?

« ...Ce malaise produit l'apparition de nouvelles formes de résistances aux nouvelles règles de fonctionnement imposées par la réforme hospitalière en cours, qui renforcent la distinction entre personnel soignant technicien et personnel soignant relationnel (moins valorisés dans l'échelle des soins), là encore sur le mode d'une hiérarchisation des compétences...Ainsi j'ai pu observer ici et là un changement dans les comportements de certains soignants...des médecins ou des assistantes sociales se déplacer pour aller chercher un interprète dans un service de l'hôpital (PMI, maternité ou encore médecine transculturelle par exemple où cette prestation existe)³⁵... »

Du côté politique, les gouvernements successifs s'attachent à traité du sujet de l'immigration et de la ségrégation de différentes façon, actuellement le gouvernement en

33 Ibid Ariella ROTHBERG

34 Laurence KOTOBI page 182

35 Laurence KOTOBI, page 210

place souhaite faire évoluer les français vers davantage de tolérance et de prise de conscience de comportements parfois qualifiés de racistes et qui échappent complètement aux personnes qui en usent. En effet, dans les différentes institutions ou infrastructures ayant un contact direct avec le public et notamment un public étranger, les personnels peut-être malgré eux ont des comportements d'une extrême violence avec les usagers consistant à l'humiliation quasi répétitive envers les publics migrants et étrangers au quotidien. On notera donc différentes mesures appliquées par le gouvernement et des projets d'amélioration de prise en charge des usagers migrants et étrangers :

« ...A la suite d'une hausse d'actes antisémites et islamophobes en 2012, le gouvernement a voulu montrer que la lutte contre le racisme et l'antisémitisme figure parmi ses priorités, pour la première fois depuis 2009, un comité interministériel s'est tenu à ce sujet le 26 février 2013 autour de Jean Marc AYRAULT, au terme de cette réunion un plan d'actions a été arrêté pour, notamment « s'attaquer à la formation des préjugés », sont ciblés, les agents de l'État, les personnels au contact du public ou les associations investies dans le secteur de l'éducation populaire.

Le gouvernement va créer « un module de formation initiale obligatoire », commun à tous les nouveaux agents de l'État, portant sur les valeurs de la République, les droits de l'Homme et la lutte contre les préjugés mais également sur les comportements qui seront attendus d'eux dans l'exercice de leurs fonctions.

Une autre mesure arrêtée, la mise en place d'une formation en cours de carrière pour « accompagner les agents publics en contact quotidien avec le public et les aider à surmonter les situations difficiles auxquelles ils peuvent être confrontés, sont concernés : les personnels des préfectures, de l'OFPPRA, de l'OFII, des CAF, des S.S, des pôles emploi etc... Pour conclure, le gouvernement souhaite développer une politique spécifique en direction des personnes victimes d'actes de racismes et d'antisémitismes et envisage une simplification des dépôts de plainte³⁶. »

3/La formation :

La dernière partie de mon questionnaire lors de mon enquête, traite de la formation. Parmi les différentes questions posées aux soignants, à celle concernant les besoins en

36 ASH/ page 11/ 1er mars 2013 N°2799

formation dans le domaine des différences culturelles et comment les appréhender, j'ai pu recueillir comme réponses :

« ...la mise en place de logiciel de traduction (multilingues) pour nous permettre de nous faire comprendre un minimum...un petit lexique de mots courants...livres avec des phrases les plus courantes dans différentes langues...manque d'informations sur les habitudes culturelles et religieuses de certaines populations...des astuces de communication... »

Lors du dépouillement des questionnaires, j'ai pu constaté une demande extrêmement importante concernant la problématique de la langue. Il semble pour les soignants, qu'une prise en charge optimale ne peut s'effectuer que lorsque la langue est maîtrisée de part et d'autres. Pourtant, les intervenants auprès des patients migrants et étrangers ne semble pas intégrer qu'ils puissent communiquer autrement que par le langage, et que la prise en charge ne peut être bonne que si le patient est envisagé dans sa globalité. Il n'est pas seulement question de maîtriser la langue mais bien de parler le même langage que le patient. En effet, je pense qu'un soin quel qu'il soit ou un entretien peut tout à fait se faire et se faire bien, même sans pratiquer la même langue. Il n'est question que d'empathie et d'aller vers, de mise en relation et de prise en compte des codages culturels de l'Autre.

En partant du postulat que tous les soignants, tout au moins les infirmiers ont bénéficié pendant leur cursus de formation d'apport concernant la relation d'aide, l'accompagnement du patient dans sa globalité ainsi que le soin dans « le care », je suppose qu'aucune formation n'est délivrée concernant l'anthropologie. Le référentiel dans la formation initiale des infirmiers indique : *« l'infirmier doit faire participer l'individu ou le groupe en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité »*. comme je le spécifie au début de mon écrit, je pense qu'une approche anthropologique dans toutes les formations concernant les soignants n'est pas inutile et permettrait d'accéder à une autre dimension dans le soin. A noter que ces apports permettraient également de développer un savoir être supplémentaire envers tous les patients. Zahia KESSAR précise : *«... une formation en anthropologie s'adressant à des professionnels soignants doit partir des situations décrites par les professionnels pour en faire une analyse. Il s'agira d'une élaboration collective à partir de concepts qui peuvent être introduits par le formateur³⁷ ... »*

37 Zahia KESSAR/ Initiatives / N°1225 – Mai-Juin 2000 112

4/ des pistes d'amélioration de la prise en charge des patients migrants :

a/La médiation culturelle :

plusieurs expériences de médiation culturelle à l'hôpital ont été mise en place, que ce soit en France ou en Europe. La Belgique est un pays précurseur dans ce domaine, en effet, ils se sont interrogés très tôt sur la nécessité de créer un service à part entière au sein des hôpitaux afin de permettre aux patients étrangers d'être pris en charge de façon optimale et ainsi leur faire bénéficier au mieux de soins adaptés tout en étant guidé et orienté au sein de l'établissement. *« ...par son existence même, la médiation remet en cause l'hôpital, son système de valeur, ses pratiques...en 1990, le rapport du Commissariat à la Politique de l'immigration traduisait un intérêt nouveau pour une approche en terme de santé publique de la population issue de l'immigration. Une des recommandations de ce rapport visait l'amélioration de la communication entre soignants et soignés étrangers ou d'origine étrangère. Il est proposé à cet effet de former des « assistants interculturels » qui auraient pour mission, outre l'interprétariat l'information du personnel soignant concernant les habitudes culturelles des patients, l'information des patients concernant le fonctionnement des institutions belges etc... »*

ainsi, la Belgique, terre d'accueil, a mise en place au fur et à mesure du temps, dans beaucoup d'établissement de santé des services de médiation culturelle permettant de façon innovante une meilleure prise en charge des patients étrangers et ainsi contribuer à faire évoluer la culture hospitalière et permettre aux soignants de porter un regard différent sur ces patients. Au CHR La Citadelle à Liège ce service a nommé ces agents des « passeuses de culture ».

b/des outils :

au cours de mon enquête de terrain, l'idée d'utiliser divers supports pour permettre une meilleure communication et prise en charge des patients migrants et étrangers a souvent été soulevée.

Les soignants pour la plupart, partant du principe que le seul et unique problème dans la prise en charge de ces patients reste la langue, formule le souhait d'avoir à disposition des supports écrits comme : fiche cible faite de pictogramme, fiche cible avec les principales expressions traduites en plusieurs langues etc.. Qui pourrait les aider à mieux comprendre, donc à mieux soigner et accompagner. Pour ma part, je suis persuadé qu'en effet la langue est un atout majeur quand on peut la pratiquer, cependant, sans échanges

verbaux réels la prise en charge peut-être très bonne voir de qualité, et permettre de répondre en partie à la demande du patient.

Les soignants soulèvent le problème de ne pouvoir expliquer les soins, un traitement, un examen mais je pense que l'on peut presque toujours parvenir à se faire comprendre et finalement à rassuré le patient.

Dans le cadre de ma mission, cette difficulté intervient mais n'empêche pas la poursuite de l'échange et quelque fois, même si les réponses aux questionnements des malades ne sont pas adaptées ou celles attendues, le ton utilisé, la formulation, la posture permet de rassurer et de différer l'accompagnement en attendant de bénéficier d' une traduction ou de pouvoir apporter les réponses souhaitées.

c/registre d'interprétariat :

le registre d'interprétariat reste un outil indispensable dans un établissement comme le mien, cela permet au personnel de mobiliser quand il est nécessaire les personnes disponibles dans l'établissement. En effet, l'hôpital de ST CHAMOND dispose de cette liste en utilisant les ressources internes, sont inscrites sur cette liste les membres du personnel susceptibles de pratiquer diverses langues. Ce procédé pourrait être un support très intéressant économiquement et mobilisable si la mise à jour était effective et régulière. Le problème reste entier, quand au cours de mon enquête je m'aperçois que les soignants pour la plupart ne connaissent pas l'endroit où se trouve cette liste, et disent connaître l'existence de cette liste, certains m'ont répondu l'utilisé dès que cela est nécessaire mais je pense que cette réponse a été donné afin de satisfaire l'enquêtrice.

C'est pourquoi, je m'intéresserai plus particulièrement à ce support, et je désire entreprendre un travail avec l'accord de ma direction et le soutien de l'administration afin de réévaluer l'existence et l'utilisation de ce support, et à comment optimiser cet outil. Peut-être organiser une mise à jour plus régulière tous les 3 ou 6 mois contre actuellement une fois par an ou tous les deux ans. Permettre une mise à disposition pratique, visible et rapidement repérable pour les soignants.

Lors du dernier copil PASS avec la direction de l'hôpital, la problématique de cette liste à été soulevée, une proposition d'éventuellement financer un organisme d'interprétariat extérieur en mutualisant avec d'autre centre hospitalier a été faite. En effet, l'idéal dans la prise en charge des patients migrants et étrangers est de pouvoir mobiliser ce genre de

services, cette solution restant la plus optimale. Toutefois, la direction met très vite en avant la problématique du coût ainsi ce projet reste à défendre.

Conclusion

A l'heure où je clôture cet ouvrage, j'ai pris mes fonctions sur le poste d'assistante sociale PASS à l'hôpital de ST CHAMOND. Je mesure toute la complexité des prises en charge de patients migrants et étrangers, et combien il faut redoubler de compréhension des situations et avoir le comportement adapté à chaque patient, à chaque famille. La prise en charge globale est incontournable, tout comme d'ailleurs la prise en charge de tous les patients dans l'idéal. Néanmoins, la compréhension des problématiques de la migration est indispensable ainsi, je peux maintenant avec un peu de recul et à environ un mois de pratique professionnelle analyser et comprendre les différentes réactions des soignants à travers mon enquête.

En effet, j'ai très vite dans mon écrit et malgré tous les acquis lors de l'année du DIU, affirmer, juger, critiquer le positionnement des soignants face à ces situations complexes pour eux et qui à priori entraîne un certain malaise. J'ai moi même certaines représentations au sujet de la profession des soignants (infirmiers, aides soignants, agents administratifs, secrétaires médicales) quand à leur façon d'appréhender ces patients et l'imprégnation de leur culture professionnelle. Je pense maintenant pouvoir en déduire que les difficultés rencontrées par les personnels hospitaliers dans ces situations et les comportements ainsi que les retours écrits que j'ai réceptionné et analysé en disent long sur la souffrance des soignants, le manque de connaissance de ce public et la nécessité de bénéficier d'un minimum d'apport en formation, d'intervention et de notions d'interculturalité. Il me semble qu'une sensibilisation à la différence des cultures et à « comment prendre soin » dans la relation serait essentiel pour le personnel hospitalier. Que les personnels soient accueillants, secrétaires, soignants, médecins, agents de service, assistant social, manipulateur radio etc, il est fondamental dans la culture professionnelle d'acquérir des notions basées sur la culture, la différence, la connaissance de l'Autre et pour conclure sur la connaissance de sa propre culture.

« Il n'y a pas deux personnes qui ne s'entendent pas, il y a seulement deux personnes qui n'ont pas discutés³⁸ »

38 Proverbe Wolof, Sénégal.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

- Chantal CRENN et Laurence KOTOBI « Du point de vue de l'ethnicité » Armand Colin/ recherches 347 pages.
- Emmanuel TODD « Le destin des immigrés » Éditions du Seuil 1994
470 pages.
- François DUBET « Pourquoi moi » Editions du seuil 2013
- Amin MAALOUF « Les identités meurtrières » chapitre : mon identité, mes appartenances.

SOURCES INTERNET :

- www.csssbordeauxcartiervillesaintlaurent.ca
- <http://www.hc-sc.gc.ca>
- www.cairn.info
- www.cairn.info/revue-du-mauss-2008-2-page-243.htm.
- <http://personnellesante.fr>
- www.mnh.com
- <http://wwwliberation.fr>
- www.iteco.be
- www.protestants.org
- www.irfam.org
- www.travail-social.com

REVUES :

- dossier : Zahia KESSAR, socio-anthropologue et formatrice soins interculturels « *mieux connaître ceux que nous soignons* ». Et Initiatives N°1225 – Mai-Juin 2000 112.
- Article : Margalit COHEN-EMERIQUE 1999 le choc culturel, Méthode de formation et outil de recherche, Antipodes n°145.
- dossier : Nabil HAJJI adjoint de direction institut pour le travail éducatif et social (ITES) Brest-France-Diversités et citoyennetés. N°25/I-2001 « l'interculturalité en question »
- dossier : Ertugrul TAS. Psychologue clinicien, chercheur doctorant. : Diversités et citoyennetés N°25-I 2001 , « mariage entre la clinique et le terrain : cas des Turcs »
- Dossier : Objectif soins ; janvier 1996, n°39 « Mieux connaître ceux que nous soignons »
- Article : Sylvette BAUDRAND, infirmière de secteur psychiatrique à Moulins tiré d'Objectif Soins, n°19, janvier 1994 : « A propos de la relation d'aide »
- Article : Denis CONSTANT MARTIN « Le choix d'identité »
- Rapport final PRIPI : accès à la santé et aux soins des personnes immigrées – août 2012 page 26
- article ASH : page 11. 1er mars 2013 N°2799
- Dossier : « souffrance et société » « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale » Mental'idées n° 11 – 09/2007 – L.B.F.S.M
- Article Rhizome : « Reconnaître les discriminations » n°31 juillet 2008
- Dossier : « la médiation sociale et culturelle dans le secteur hospitalier » Profession banlieue. Fédération des associations de femmes-relais de Seine Saint Denis- Hôpital Avicenne- 14.04.2010
- Article Latifa ES SAFI : « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant »

- Article Cristina DE ROBERTIS : « L'accompagnement : une fonction du travail social » 26 janvier 2005
- Article Wajdi LIMAM : « Le lien, ce n'est pas rien » 23 mai 2013
- Article Michel BOUTANQUOI : « Travail social et pratiques de la relation d'aide » 17 novembre 2001

INTERVENANTS MODULES DIU « Santé, Société, Migrations » 2013

- module 5 : doc d'Alexis HADZOUPOULOS. Tobie NATHAN, La folie des autres : traité d'ethnopsychiatrie clinique, Dunod, 1986
- module 5 : Ariella ROTHBERG anthropologue et psychologue clinicienne
 déf : notion de menace identitaire.
- Module 7 : Claire AUTANT-DORIER ; Anthropologue Centre Max Weber université Jean Monnet (ST Etienne) intervention La famille à l'épreuve de la migration. saisir les identités en mouvement : parenté et histoires de familles turques en migration .

ANNEXES

QUESTIONNAIRE DESTINE AU
PERSONNEL MEDICAL
CHPG

I.

1) Comment vous représentez-vous l'acte migratoire ?

-1a) D'après vous quelles en sont les causes ?

2) Trouvez 3 mots ou expressions pour définir la différence culturelle :

-
-
-

3) Quelles difficultés rencontrez-vous avec les patients migrants ?

- la langue (précisez)
- la représentation culturelle (précisez)
- la représentation du soin (précisez)
- la place du soignant (précisez)

4) Les différences culturelles interfèrent-elles dans la manière d'appréhender le patient?

5) En quoi?

6) Vous sentez-vous mal à l'aise dans les prises en charge de patients migrants?

-Si oui, pour quelles raisons ?

- Si non précisez

II.

7) La communication est-elle parfois difficile ?

7a) Sur quel plan ?

8) Avez-vous recours à des tiers lors des prises en charge ? Lesquels ?

- 8a) Si oui, dans quels domaines et avec quelles limites ?

-8b) Si non pourquoi ?

9) Quand il y a barrière de la langue comment communiquez-vous ?

10) Qu'utilisez-vous comme stratégie lorsque vous ne pouvez communiquer par la langue ?

11) Arrivez-vous à repérer les signes non verbaux faute de pratiquer la langue d'origine ?

-11 a) Si oui lesquels ?

12) Pensez-vous avoir toujours le temps nécessaire avec le patient ?

-12a) Être toujours bien compris par le patient ?

12b) Que faudrait-il améliorer pour que le soin se passe mieux, soit plus efficient ?

13) face à l'incompréhension soignant/soigné migrant, a votre avis quel impact cela a-t-il :

-sur le patient ?

-sur le soin ?

-Sur le professionnel ?

III.

14) Pensez-vous être suffisamment formé à la prise en charge des patients migrants?

15) Si oui qu'avez-vous reçu comme formation et dans quel cadre ?

16) Si non que vous manque-t-il dans votre pratique afin de prendre en charge de façon plus satisfaisante ces patients ?

17) Quelles sont les questions d'après vous à se poser sur le plan culturel pour améliorer la relation soignant/soigné?

18)commentaires.....

QUESTIONNAIRE DESTINE AU
PERSONNEL ADMINISTRATIF
CHPG

I.

1) Comment vous représentez-vous l'acte migratoire ?

- 1a) D'après vous quelles en sont les causes ?

2) Trouvez 3 mots ou expressions pour définir la différence culturelle :

-
-
-

3) Quelles difficultés rencontrez-vous avec les patients migrants ?

- la langue (précisez)

- la représentation culturelle (précisez)

- la représentation du soin (précisez)

- la place du personnel (précisez)

4) Les différences culturelles interfèrent-elles dans la manière d'appréhender le patient?

5) En quoi?

6) Vous sentez-vous mal à l'aise dans les prises en charge de patients migrants?

-Si oui, pour quelles raisons ?

- Si non précisez

II.

7) La communication est-elle parfois difficile ?

7a) Sur quel plan ?

8) Avez-vous recours à des tiers lors des prises en charge ? Lesquels ?

- 8a) Si oui, dans quels domaines et avec quelles limites ?

- 8b) Si non pourquoi ?

9) Quand il y a barrière de la langue comment communiquez-vous ?

10) Qu'utilisez-vous comme stratégie lorsque vous ne pouvez communiquer par la langue ?

11) Arrivez-vous à repérer les signes non verbaux faute de pratiquer la langue d'origine ?

-11 a) Si oui lesquels ?

12) Pensez-vous avoir toujours le temps nécessaire avec le patient ?

- 12a) Être toujours bien compris par le patient ?

- 12b) Que faudrait-il améliorer pour que le contact se fasse mieux, soit plus efficient ?

13) face à l'incompréhension personnel/patient migrant, à votre avis, quel impact cela a-t-il :

-sur le patient ?

-sur la relation?

-Sur le professionnel ?

III.

14) Pensez-vous être suffisamment formé à la prise en charge des patients migrants?

15) Si oui qu'avez-vous reçu comme formation et dans quel cadre ?

16) Si non que vous manque-t-il dans votre pratique afin de prendre en charge de façon plus satisfaisante ces patients ?

17) Quelles sont les questions d'après vous à se poser sur le plan culturel pour améliorer la relation personnel/patient migrant?

18) commentaires.....