

UNIVERSITÉ PARIS XIII
U.F.R. SANTÉ, MÉDECINE, BIOLOGIE HUMAINE – SMBH

MÉMOIRE

DIU SANTÉ DES MIGRANTS

ANNÉE 2017 – 2018

**L'interculturalité dans la formation infirmière :
Etats des lieux des besoins en formation des infirmier(e)s autour de la
prise en charge des patients migrants de cultures différentes,
au sein du CHD-Vendée.**

Tatiana Bourcier

Infirmière

"La maladie est la science du médecin, le malade c'est l'art de l'infirmière"

Léonie Chaptal

« Entre

Ce que je pense

Ce que je veux dire

Ce que je crois dire

Ce que je dis

Ce que vous avez envie d'entendre

Ce que vous croyez entendre

Ce que vous entendez

Ce que vous avez envie de comprendre

Ce que vous croyez comprendre

Ce que vous comprenez

Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.

Mais essayons quand même... »

Bernard Werber

PLAN

INTRODUCTION	P.4
I) La question culturelle dans la formation des infirmiers	P.5
Les textes de références en formation initiale	P.5
Les textes de références en formation continue	P.6
En Vendée	P.6
II) La compétence culturelle dans la relation de soin	P.7
La relation de soins	P.7
Compétence interculturelle	P.9
La formation interculturelle	P.11
III) Les patients migrants en Vendée et au CHD	P.12
En Vendée	P.12
Au CHD	P.12
IV) Questionnement	P.13
Méthodologie	P.14
Analyse	P.14
a) Qui sont les soignants interrogés ?	P.15
b) Les représentations des soignants	P.15
c) Les expériences d'interculturalité	P.16
Les difficultés rencontrées	P.16
Les réponses apportées	P.17
La posture du soignant	P.18
d) La question de la formation	P.20
CONCLUSION	P.23
Bibliographie	P.24
Annexe 1	P.27
Annexe 2	P.29

INTRODUCTION

Pourquoi ce sujet ?

Je suis partie de ma pratique quotidienne au Centre de vaccinations, au CeGIDD¹, et à la PASS² du CHD-Vendée³. Bien plus que dans les services où j'ai pu exercer auparavant, la question de la différence culturelle s'impose souvent à l'équipe soignante par l'accueil de patients migrants primo-arrivants. Les étudiants infirmiers en stage dans nos services sont d'ailleurs souvent surpris que cela soit si présent.

Les exemples de situations ne manquent pas. Cela va du refus du bilan sanguin autour de la symbolique du sang à la négociation du jour de consultation en fonction du Ramadan, en passant par les difficultés de communiquer dans la langue du patient. Un autre exemple me semble parlant : un jour, à la PASS, je vois un patient afghan auquel le médecin a prescrit un examen d'urines. Comme à mon habitude, je colle l'étiquette avec son identité sur le flacon. Mais là, je sens qu'il y a un malaise car le patient hésite et me montre son étiquette avec son prénom Sharifullah et dans un anglais approximatif, je comprends qu'il prononce Allah. Je crois d'abord que nous nous sommes trompés sur son identité et je lui redemande ses papiers. Ce n'est qu'après plusieurs minutes que je comprends que dans son prénom, Ullah signifie Allah et le monsieur ne veut pas aller aux toilettes et risquer d'uriner sur le nom d'Allah collé sur le flacon ! Le malentendu est levé, je lui donne un flacon sans étiquette et le prélèvement peut se faire sans problème.

Ces exemples montrent que la question culturelle peut parfois être source d'incompréhension. Pourtant, dans la formation initiale infirmière, cette composante culturelle est peu abordée. Les textes confirment que le rôle propre infirmier permet d'évaluer les besoins de la personne et de mettre en œuvre les actions appropriées, et que l'aspect relationnel fait partie du soin. Mais l'approche interculturelle n'est pas particulièrement enseignée ou mise en avant. Pourtant, les prérequis de la formation infirmière concernant la relation avec le patient peuvent servir directement la manière d'aborder quelqu'un d'une autre culture. Et en Vendée, un soignant qui veut se former sur cette question doit souvent chercher à plusieurs centaines de kilomètres de son lieu de travail. Je me suis donc demandé comment les infirmiers⁴ en poste dans mon établissement prenaient en charge les patients de cultures différentes et s'ils souhaitaient se former sur ce sujet.

J'ai d'abord fait des recherches sur ce qui existait déjà, sur les réflexions qui avaient déjà été formulées sur ce sujet. C'est pourquoi, dans cette première partie, je me suis intéressée à la question culturelle dans la formation infirmière. Puis je me suis attardée sur la relation de soins enseignée en IFSI et comment la

¹ Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

² Permanence d'Accès aux Soins de Santé

³ Centre Hospitalier Départemental-Vendée, la Roche sur Yon

⁴ Lire partout indifféremment infirmier - infirmière

compétence culturelle peut être un déterminant dans cette relation, et sur la façon dont elle peut être enseignée. Enfin, j'ai brossé un rapide aperçu de ce qui est fait en Vendée et au CHD-Vendée pour l'accueil des migrants.

Dans la deuxième partie, je présenterai les résultats du questionnaire que j'ai remis aux infirmiers de mon établissement. Leurs représentations, mais surtout leurs expériences seront explorées et la question de la formation à la prise en charge de patients de culture différente sera analysée.

Au terme de cette réflexion, si des besoins sont recensés, il pourrait être intéressant de réfléchir à la faisabilité de proposer des temps d'information et d'échanges sur ce sujet auprès des équipes infirmières du CHD. Cela entrerait de plus dans une des missions de la PASS qui est de former les professionnels de l'établissement à l'accueil et la prise en charge de son public, souvent de culture différente.

I – LA QUESTION CULTURELLE DANS LA FORMATION DES INFIRMIERS

Les textes de références en formation initiale

La profession infirmière est régie par différents textes. On trouve en premier lieu le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique.¹ Il précise ce que comporte l'exercice de la profession et définit les règles professionnelles.

Dans l'article R. 4311-2, il est écrit que les soins infirmiers sont réalisés « ... en tenant compte de la personnalité de [la personne] dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et **culturelle** ».

L'article R. 4312-25, qui se réfère aux devoirs envers les patients, mentionne que « l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient **l'origine** de cette personne, son sexe, son âge, son **appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs**, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation. »

Ce sont les seuls endroits où la notion de culture différente est citée clairement.

Dans les autres articles, cela reste plus général. Citons l'article R. 4311-15, où il est écrit que l'infirmier « participe [...] à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à **une prise en charge globale** des personnes ». Citons aussi l'article R. 4312-2 qui précise que « L'infirmier ou

¹ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique (articles L4311-1 à L4311-29, articles R4311-1 à D4323)

l'infirmière exerce sa profession dans **le respect de la vie et de la personne** humaine. Il respecte la **dignité** et l'intimité du patient et de la famille. »

La formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes. L'arrêté du 31 juillet 2009¹ relatif au diplôme d'Etat d'infirmier détermine un référentiel de formation. Celui-ci prévoit différentes unités d'enseignement (UE) en relation avec la compétence 6 « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ». Ces UE sont rassemblées dans un grand chapitre « Sciences humaines, sociales et droit ». L'UE 1.1.S2 *Psychologie, sociologie, anthropologie* aborde entre autres les principaux concepts en ethnologie, et a comme objectif « d'explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et sociale, diversité des valeurs et des croyances ». 50 heures sont consacrées à tous les concepts de cette UE, cours magistraux, TP et TD confondus. Chaque IFSI est libre du choix des intervenants et de la répartition des heures d'enseignement pour chaque thématique dans une même UE. On comprend bien ainsi le manque d'homogénéité dans la formation des étudiants sur la question de prise en charge de patients de culture différente.

Les textes de références en formation continue

L'article R. 4312-10 du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 précise que « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles ». En cela, le professionnel doit continuer à se former tout au long de sa carrière en fonction des besoins qu'il éprouve et des priorités qu'on lui impose.

En Vendée

J'ai interrogé un formateur de l'IFSI de la Roche sur Yon qui forme 200 étudiants chaque année. Ils ont la chance de faire intervenir depuis peu une anthropologue sur l'UE 1.1.S2. Les thématiques abordées sont le corps, le toucher, le marquage du corps, la douleur, la souffrance, la mort. Cela représente 8h30 de cours.

Sur le CHD, après renseignement auprès du service formation de la DRH, il n'existe pas de formations prenant en compte les cultures différentes.

Sur le territoire vendéen, il n'y a pas non plus de formation proposée. Des soirées thématiques ou conférences peuvent être organisées localement par des associations plus ou moins en lien avec la santé (ACCSIT², CIMADE³,...).

¹ Ministère de la Santé et des sports, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JO n°0181 du 7 août 2009

² Association Comprendre et Soigner en Situation Transculturelle, la Roche sur Yon

³ Comité Inter-Mouvements Auprès Des Évacués www.lacimade.org

II) LA COMPÉTENCE CULTURELLE DANS LA RELATION DE SOINS

La relation de soins

L'infirmier a compétence pour s'occuper d'un patient dans sa globalité, en tenant compte de sa personnalité, de ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier prend des initiatives et accomplit les actes qu'il juge nécessaires. Ainsi l'article R. 4311-5¹, précise que l'infirmier met en œuvre des « entretiens d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire », « aide et soutien psychologique ». On s'approche alors de relation de soin.

Si l'aspect culturel n'est pas une notion directement enseignée aux étudiants, il existe néanmoins des prérequis et des concepts qui convergent dans le sens d'une relation thérapeutique entre le soignant et le patient de culture « non dominante ». La relation de soin est au cœur des soins infirmiers. Cette relation implique une liaison humaine réelle entre deux individus, et est une condition à l'efficacité des soins. La culture en est un déterminant parmi d'autres.

Monique Formarier² explique que la relation implique à la fois des rapports sociaux codifiés, mais également des « éléments dynamiques qui font sans cesse évoluer les situations ». De plus, M. Formarier cite JC Abric (1999) : « les représentations des individus jouent un rôle essentiel dans la relation de soin, puisqu'elles sont une vision du monde, déterminants les comportements et permettant de comprendre la réalité à travers son propre système de référence ». Ces représentations chez les soignants peuvent être à l'origine de stéréotypes. On peut ainsi comprendre le décalage entre les attentes relationnelles des patients et celles des soignants. Ce décalage est augmenté quand le patient arrive dans l'organisation préétablie du milieu soignant, milieu qui lui est étranger. Les relations soignants-patients sont donc à la fois codifiées et imprévisibles, et toujours singulières. On retrouve dans les écrits professionnels 7 types de relations³. Nous nous attarderons sur la relation d'aide qui reprend des concepts favorisant la communication entre deux individus.

C'est Carl Rogers, un psychologue américain, qui a développé cette notion. La relation d'aide est une relation thérapeutique au sein de laquelle l'aidant est essentiellement tourné vers l'autre. Cette relation se développe au cours d'un entretien visant la compréhension profonde de ce que vit l'aidé, de sa manière de comprendre sa situation et de percevoir les moyens dont il dispose pour résoudre ses problèmes et pour évoluer.

Il s'agit d'un échange à la fois verbal et non verbal qui favorise la création d'un climat de confiance.

¹ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique (articles L4311-1 à L4311-29, articles R4311-1 à D4323)

² Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités, Recherche en soins infirmiers, 2007, vol. 89, no. 2, pp. 33-42

³ Ibid., p.36

Les sept concepts de la relation d'aide : ¹

« La présence : Ce concept peut se définir comme la capacité physique d'être là et la capacité psychologique d'être avec la personne. Son sens lui vient du savoir-être du soignant qui pose un cadre calme et sécurisant.

L'écoute : L'écoute est souvent synonyme de disponibilité dans le temps, mais aussi de disponibilité intérieure pour être prêt à accueillir ce que dit l'autre. L'écoute est à la fois parole et silence qui laisse la place au malade.

L'acceptation : Il s'agit d'un sentiment d'ouverture à l'autre dans sa globalité sans exigence de changement.

Le respect chaleureux : La relation d'aide repose sur la confiance et le respect. Par le respect, l'aidant reconnaît dans l'autre une personne humaine investie d'une dignité et capable de prendre ses propres décisions. La respecter, c'est lui manifester de l'estime, c'est la « re-narcissiser ».

L'empathie : c'est un profond sentiment de compréhension de l'aidant qui saisit la difficulté de l'aidé comme si elle se mettait à sa place pour se rendre compte de ce qu'il vit, mais sans s'identifier à son vécu et sans en vivre elle-même les émotions.

L'authenticité: Il s'agit de la capacité de l'aidant de demeurer strictement lui-même au cours de la relation avec l'aidé.

La congruence : Il s'agit de la manière d'être de l'infirmière qui manifeste une certaine adéquation entre ce qu'elle ressent, ce qu'elle pense, ce qu'elle dit et ce qu'elle fait, et entre son comportement verbal et son comportement non verbal. »

Ce moyen d'intervention courant en soins infirmiers s'applique à tous les patients, quelle que soit leur culture. La réalité est que des difficultés existent pour créer cette relation d'aide. La diversité d'origine des patients accentue le risque d'incompréhension mutuelle et cela peut, par exemple, conduire à une interprétation erronée des symptômes.

Dans cette perspective de compréhension de la relation soignant-soigné, des travaux d'anthropologie médicale clinique des années 1970 montrent que cette relation est une confrontation entre la maladie interprétée par le soignant (*disease*) et la maladie comprise par le soigné (*illness*). Laisser un peu de place à l'interprétation du malade et à sa quête de sens, remet l'Humain au centre de la relation.²

Il s'avère donc nécessaire de recueillir des informations sur les croyances individuelles du patient et sur ses représentations, en sélectionnant les médiations adaptées et en améliorant la connaissance sur les différentes cultures en lien avec le soin. Apprendre les uns des autres enrichit l'exercice professionnel. La

¹ <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2014/05/03/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/>

² Georges-Tarragano C., en collaboration avec Astre H. et Pierru F. Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût, Rennes, Presses de l'EHESP, « collection Controverses », 2015, P.74

posture professionnelle des infirmiers doit constamment être interrogée. Ce cheminement instaure la confiance et crée un lien. C'est ce à quoi incite l'approche interculturelle.

Compétence interculturelle

Certains se sont intéressés à la question de l'approche relationnelle interculturelle et différents modèles de pensée, proche de la théorie du « care »¹, ont ainsi émergé, jusqu'à mettre en avant une compétence interculturelle.

En 1978, Madeleine Leininger introduit une orientation anthropologique dans les soins, pour la première fois dans les soins infirmiers. Elle publie alors sa théorie de soins infirmiers transculturels.² Ces conceptions ont parfois été critiquées car elles mettent l'accent sur les représentations populaires des groupes culturels. Le risque est de décrire les autres cultures de manière figée et d'enseigner des réponses stéréotypées.

Par la suite, d'autres modèles prônant le développement de la compétence culturelle émergeront comme ceux de Josepha Campinha-Bacote, de Larry Purnell, d'Irena Papadopoulos, de Rani Srivastava ou encore de Margot Phaneuf.

Campinha-Bacotte, en 1991, a développé un modèle de soins interculturels fondé sur la prise de conscience culturelle, la connaissance culturelle, les habiletés interculturelles, les rencontres culturelles et enfin le désir culturel. Face à une situation, selon ce modèle, l'infirmière doit d'abord prendre connaissance de ses propres représentations, comprendre ses choix idéologiques et identifier les valeurs qui sont à la base de sa formation. Il s'agit de comprendre sa propre culture pour ensuite devenir capable de s'ouvrir à l'autre et à sa culture.³

Par la suite Purnell (1998) propose un modèle transculturel qui couvre douze domaines communs à toutes les cultures et ayant une incidence sur la santé : l'histoire de la personne ; la localité habitée et la topographie; la communication; les rôles et l'organisation de la famille; les questions relatives au marché du travail; l'écologie bio-culturelle; les comportements à risques élevés pour la santé; la nutrition; les pratiques liées à la grossesse et à la maternité; les rituels mortuaires; la spiritualité; les pratiques de soins; les pratiques des intervenants de la santé.⁴

¹ Les théories ou philosophies dites « du care » trouvent leur origine dans une étude publiée par Carol Gilligan en 1982 aux Etats-Unis et définissent comme « la capacité à prendre soin d'autrui », « le souci prioritaire des rapports avec autrui ».

² Leininger, M. Transcultural nursing concepts, theories and practices. New York, Wiley, 1978

³ Campinha-Bacotte, 2002; Coutu-Wakulczyk, 2003 – cité dans Hagan A. La compétence culturelle des infirmières, Cahiers Metiss, 2007, vol. 2, no 1 p. 9-21

⁴ Rohrbach Viadas C. Soins et anthropologie. Une démarche réflexive, Recherche en soins infirmiers, 2007, vol. 90, no. 3, pp. 19-25

En Grande Bretagne, en 1998, à l'initiative de trois enseignantes en soins infirmiers : Irena Papadopoulou, Gina Taylor et Mary Tilki émerge une méthode aidant à la prise de conscience des différences culturelles, qui permet d'intégrer celles-ci au cœur du soin. Il s'agit du modèle PPT/ IENE (Papadopoulou Tilki Taylor / Intercultural Education for nurses in Europe). Ce projet permet aux soignants de prendre en compte l'influence de la culture identitaire de chaque personne soignée sur son acceptation du soin et sur sa volonté de guérir¹.

Srivastava² propose pour sa part un modèle d'intervention centré sur la prestation de soins culturellement congruents, c'est-à-dire signifiants pour l'un et l'autre. Dans ce modèle, trois éléments sont vus comme nécessaires pour atteindre ce but, soit la sensibilité culturelle, les connaissances sur la culture et les ressources adaptées aux particularités culturelles. Trois modes de décisions peuvent alors orienter l'intervention : soit valider et préserver les pratiques de soins reconnues par le patient; soit faire des accommodements ou négocier pour que l'organisation s'adapte aux demandes du patient; soit recadrer ou reconfigurer les soins en amenant le patient à repenser ses idées préconçues et à entrevoir de nouvelles possibilités de choix pour ses soins.

Au Canada, la question de la compétence culturelle est évoquée depuis longtemps et l'Association Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIIC) l'encourage dans les soins infirmiers.³

Margot Phaneuf, infirmière de formation, est enseignante, consultante et conférencière dans les domaines de la santé au Québec et dans le monde. Elle s'est attardée sur la compétence interculturelle des infirmiers.⁴

Selon elle, la compétence culturelle suppose de connaître les étapes du processus migratoire ainsi que les particularités des populations arrivantes.

De plus, il est important de connaître les principales difficultés rencontrées par les personnes migrantes de même que les principaux sujets nuisant à leur adaptation à notre système de santé et à leur participation aux soins.

Enfin, si travailler auprès de patients de culture différente suppose une certaine ouverture d'esprit, cela demande également de connaître les modes de communication appropriés et quelques stratégies pour mieux adapter les soins.

¹ <http://ieneproject.eu/> Intercultural Education of Nurses in Europe

² Srivastava, R. (dir.) The healthcare professional's guide to clinical cultural competence. Toronto : Mosby Elsevier. 2007

³ https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps114_cultural_competence_2010_f.pdf?la=fr = Associations des Infirmières et Infirmiers du Canada

⁴ Phaneuf M. L'approche interculturelle, une nécessité actuelle. (parties 1, 2 et 3) 2009 En ligne : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Approche_interculturelle_une_necessite_actuelle-Regard_sur_la_situation_....pdf

M. Phaneuf décrit la culture comme un iceberg, avec une partie émergée assez facilement modifiable au cours du temps et selon les expériences de vie, et une partie immergée, plus profondément rattachée aux valeurs, traditions et religion, qu'il ne faut en rien abandonner ou essayer de modifier. Et cela est valable autant chez les patients que chez les soignants.

Il ne s'agit donc pas là de « surculturaliser » les patients ni de nier ses propres valeurs soignantes. Mais tout est dans la manière d'accueillir et de communiquer afin de trouver un terrain d'entente.

La formation interculturelle

On vient de montrer que pour une infirmière, travailler dans une approche interculturelle suppose d'abord de travailler sur ses propres représentations. Ensuite, cette approche demande certains savoirs sur les patients pris en charge. De plus, la manière de communiquer pour déceler des besoins particuliers et proposer des réponses acceptables découle d'un savoir-faire caractéristique. Enfin, le savoir-être peut être acquis par l'expérience mais cela demande aussi une formation adéquate, afin de comprendre la réalité des autres et les aider avec ouverture d'esprit.

L'approche anthropologique serait une première façon pour les infirmières de se positionner sur ces questions culturelles. Marie-Françoise Collière considère que toute situation de soins est une situation anthropologique. Pour elle, l'approche anthropologique « consiste à se rendre proche des gens » et « situe chaque personne [soignant et soigné] comme source de savoirs ». ¹ Elle pense aussi que « c'est en apprenant comment prendre d'abord en compte l'homme (anthropo) [...] qu'il est possible de redonner aux soins leur dimension culturelle ». ² Il n'est pas nécessaire donc que le soignant devienne anthropologue, mais connaître quelques éléments culturels ou des représentations de la maladie, peut aider à comprendre des situations de soins ;

La formation interculturelle selon M. Phaneuf³ c'est une démarche éducative qui vise :

- à aider l'intervenant à prendre conscience de la diversité ethnoculturelle de nos milieux de soins;
- à reconnaître la valeur humaine de chacun, quelles que soient sa race, sa couleur de peau, sa religion ou sa culture;
- à développer une attitude d'accueil, de respect et d'attention pour les personnes immigrantes;

¹ Collière, M. L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers (note de recherche), *Anthropologie et Sociétés*, 1990, vol. 14, n°1, P. 115–123
En ligne: <https://www.erudit.org/fr/revues/as/1990-v14-n1-as784/015115ar/>

² Ibid.

³ Phaneuf M. L'approche interculturelle, une nécessité actuelle. (parties 1, 2 et 3) 2009 En ligne : http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Approche_interculturelle_une_necessite_actuelle-Regard_sur_la_situation_....pdf

- à se donner une compétence pour communiquer avec des personnes dont les référents culturels, religieux et socio sanitaires sont différents;
- à manifester des attitudes d'accueil, d'ouverture et de tolérance envers tous, sans discrimination.

Sur le terrain, en France, des propositions pédagogiques émergent. Loin de proposer un catalogue des modes d'emplois des différentes cultures, certains comme l'association R.E.G.A.R.D.S.¹ forment des soignants à prendre en charge la diversité des publics. Appliquée dans différents contextes de formation initiale ou continue d'infirmiers, la démarche suit ce schéma : travail sur les représentations des participants, puis sur la posture d'ouverture à l'Autre ; décryptage des situations faisant ressortir une souffrance personnelle ou professionnelle engendrée par la question culturelle, mais faisant ressortir aussi que tout n'est pas à mettre sur le dos de la culture et que les stéréotypes perdurent. Ces formations permettent de dédramatiser en créant des temps d'échanges indispensables pour trouver des solutions.²

III / LES PATIENTS MIGRANTS EN VENDEE ET AU CHD

En Vendée

La région Pays de Loire est l'avant-dernière région dans la distribution des immigrés et descendants d'immigrés, qui représentent 7% seulement de la population ligérienne.³

Néanmoins, en 2015, la région Pays de la Loire était la 4ème région métropolitaine en flux de demandeurs d'asile. Entre 2008 et 2015, en Vendée, le nombre de demandes d'asile enregistrées par année a augmenté de 148 % (133 à 331).

En 2016, la Vendée disposait de 577 places de demandeurs d'asile.⁴

Au CHD

Le Centre Hospitalier Départemental Vendée est un établissement public de santé, multisite, qui dispose de 1 552 lits et places. Il accueille tous les patients selon des principes de neutralité et d'égalité.

Concernant les patients étrangers, sur le site internet et dans le livret d'accueil, il est indiqué « Les patients étrangers peuvent **demandeur l'aide d'un interprète** auprès du cadre du service d'hospitalisation. Tous les interprètes du CHD sont volontaires et bénévoles. » Il y a en effet régulièrement un recensement qui permet d'établir une liste des personnels parlant une langue étrangère. De la même façon, une information

¹ Repenser Et Gérer l'Altérité pour Refonder la Démocratie et les Solidarités <http://dautresregards.semi-k.net/>

² Tessier S. Former les soignants à prendre en charge la diversité des publics. La santé en action. Décembre 2017, N°442 - pp. 23-24

³ Ichou M. Qui sont les migrants qui vivent en France?, DIU Santé des migrants 2018

⁴ www.vendee.gouv.fr/IMG/pdf/B-sch_R_ma_Pays_de_la_Loire_2016-2017.pdf SCHEMA D'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE Région Pays de la Loire 2016-2017

concernant le culte est donnée « Le respect de la liberté de conscience des hospitalisés constitue une règle fondamentale. A votre demande, un représentant de votre culte peut être joint. »¹

On suppose que la relative augmentation du nombre de personnes migrantes sur le territoire ces dernières années a eu un effet sur l'augmentation du nombre de patients migrants au CHD. Il n'y a pas de données à ce sujet. Les seuls chiffres disponibles concernent la PASS.

Au CHD, il existait jusqu'en décembre 2016 un « compte débiteur PASS » permettant de ne pas facturer les soins prodigués aux patients sans couverture maladie, et la PASS existait par le biais des assistantes sociales. Il n'y avait jusqu'alors pas de consultation de médecine générale ouverte aux patients relevant de la PASS.

En 2017, la consultation PASS a accueilli 162 patients de 35 nationalités différentes. Les Français représentaient 6%. La barrière de la langue était un obstacle aux soins pour 44 personnes (soit 27%). Cette même année, 562 personnes ont été prises en charge par un travailleur social de la PASS en transversal sur l'établissement.

IV/ QUESTIONNEMENT

Au regard de ces recherches, il ressort que les infirmières sont formées pour développer des compétences relationnelles permettant une relation d'aide efficace. Néanmoins, un des déterminants de réussite de cette relation est la prise en compte de la culture. Le développement d'une compétence culturelle permettrait de favoriser ce lien. Cela ne se fait pas sans une formation adaptée, or la formation des infirmières n'est pas suffisamment tournée vers l'interculturalité.

Bien que la Vendée ne soit pas traditionnellement un département d'accueil des personnes étrangères, se pose malgré tout la question de leur prise en charge par l'hôpital public en général, et par les équipes infirmières en particulier.

Je me suis donc demandé comment cela se passait dans quelques services du CHD : face à un patient de culture différente, quelles sont les difficultés rencontrées par les infirmiers et ces derniers seraient-ils prêts à se former autour de la question de l'interculturalité ? C'est ce que nous allons voir dans l'analyse qui suit.

¹ <http://www.chd-vendee.fr/>

Méthodologie

J'ai choisi de faire un état des lieux des besoins en formation des infirmiers, sur le CHD-Vendée.

L'objectif principal est de savoir si les soignants sont prêts à suivre une formation.

L'objectif secondaire est de recenser les difficultés rencontrées et d'avoir une approche succincte des représentations des soignants.

Il s'agit d'une approche observationnelle, quantitative.

L'étude est faite par un questionnaire anonyme, rempli sur la base du volontariat.

Le questionnaire

J'ai moi-même rédigé le questionnaire en alternant questions fermées et ouvertes. (Annexe 1)

Pour que cela soit compatible avec les contraintes de délais, j'ai opté pour un échantillon de soignants que je pense assez représentatifs des personnes en contact avec des patients de culture différente.

J'ai donc sélectionné les services régulièrement en lien avec la PASS, à savoir les urgences, le service de gastro-entérologie et la Médecine Post Urgence-Infectiologie (MPU), soit à peine une centaine d'infirmiers.

Après accord de la direction, j'ai appelé chaque cadre pour exposer mon projet. Le questionnaire a été mis à disposition des infirmiers par les cadres dans les services sélectionnés. Il était accompagné d'une note explicative. Il est resté à disposition entre 2 et 4 semaines selon les services.

Il permettait de connaître le profil du soignant, puis son vécu face à un patient migrant de culture différente et enfin si le soignant était intéressé par une formation sur ce thème.

Biais de l'étude

On sait d'emblée que l'échantillon est faible par rapport au nombre total d'infirmiers sur l'hôpital. De plus, il concerne essentiellement le service des urgences. Ce seront des données à prendre en compte lors de l'analyse des résultats.

Analyse

Après plusieurs semaines dans les services et quelques relances auprès des cadres, j'ai pu récupérer 26 questionnaires répartis ainsi : 22 aux urgences, 3 en gastro et 1 en MPU. Pour ces 2 derniers services, les cadres ont évoqué des problèmes organisationnels et de surcharge de travail qui ont compliqué l'intérêt

des soignants pour ma demande. C'est donc un biais supplémentaire à l'analyse puisque le nombre n'est pas très représentatif des soignants. Je fais le choix de rassembler tous les questionnaires, sans distinction de service. A noter aussi, il y a quelques questions sans réponses. Les réponses se trouvent en Annexe 2.

Le questionnaire se divise en 4 parties que je vais reprendre une à une :

a) Qui sont les soignants interrogés ?

Ce sont majoritairement des femmes, qui ont moins de 40 ans.

Je les interrogeais sur leur année d'obtention du diplôme car ces dernières années les formations infirmières et les programmes ont évolué. En effet, avant 1992 il existait 2 formations et 2 diplômes distincts : IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) et ISP (Infirmier de Secteur Psychiatrique). En 1992 ces deux formations professionnelles ont "fusionné" pour ne proposer qu'une seule formation IDE. Depuis 2009, c'est l'intégration au circuit universitaire LMD (Licence-Master-Doctorat) qui a été retenue. Donc, à ce jour, les étudiants sont formés sur 3 ans et obtiennent au bout de cette formation universitaire, un diplôme qui équivaut à un grade de Licence.

Sur les 26 répondants, seuls 3 avaient été diplômés avant 1992, 15 ont eu la formation d'après 1992 et 8 font partie de la nouvelle génération d'infirmiers.

Enfin, en demandant le temps passé dans leur service actuel, je voulais mesurer si ces infirmiers avaient dépassé le stade de « débutant » dans leur service, leur permettant d'être à l'aise dans les situations spécifiques et la résolution de problèmes, et leur laissant ainsi la possibilité d'avoir un recul sur leur posture et valeurs professionnelles. Plus des $\frac{3}{4}$ sont en poste dans leur service depuis plus de 3 ans.

b) Les représentations des soignants

A la question volontairement un peu vague « qu'est-ce qu'un migrant ? » (question 1), je souhaitais avoir un aperçu des représentations. Il faut noter que aux urgences, beaucoup de demandeurs d'asile se présentent en dehors des horaires d'ouverture de la PASS, car ils n'ont pas de droits ouverts ou de médecin référent.

Le mot le plus utilisé par la majorité est la « fuite ». Les causes de cette fuite sont ensuite décrites : « guerre », « persécution », « économique » ou « recherche de conditions meilleures ». Les conditions en France sont montrées en ces termes : « étranger », « irrégulier », « défavorisé ». Et des adjectifs tels « isolé », « déraciné » ou « exilé » décrivent ces personnes.

C'est intéressant de noter que dans leur définition les infirmiers décrivent un migrant par sa situation socio-économique voir psycho-sociale souvent difficile. Il est ensuite important de garder ces éléments en tête

puisque qu'ils jouent « un rôle important sinon prépondérant dans le comportement des patients face à leur maladie ». ¹

c) Les expériences d'interculturalité

Les difficultés rencontrées

A la question 2 : tous les soignants interrogés avaient déjà pris en charge une personne de culture différente, tous décrivent des difficultés et tous font apparaître en premier le problème de la langue. Mais il y a d'autres difficultés.

D'abord, il y a donc la **barrière de la langue** d'où une insatisfaction du fait du manque de possibilité pour le recueil d'informations (« antécédents, motif de consultation, besoins, histoire de la personne ») et du manque de mots pour « expliquer les examens » et « rassurer le patient ». Une infirmière écrit même que ce sont des situations « anxieuses pour le patient et le soignant ». Une autre écrit sa « sensation d'agresser puisque la prise de contact est plus difficile avant l'examen ».

Ensuite, les infirmiers pressentent bien que la **demande est plus globale**, pas seulement médicale mais aussi sociale. Aux urgences, certains notent que le problème relève « plus d'un médecin traitant ou d'une assistante sociale et non des urgences », « problème de prise en charge sociale (hébergement etc.) en plus du problème médical », « manque de moyens financiers ». Plusieurs notent également la difficulté « d'orientation ».

Enfin, certains évoquent les « différences culturelles », les « différences de religion », la « méconnaissance de chaque coutume/ culture pour respecter leurs coutumes ».

A noter, qu'une personne parle de « l'obstacle du temps », temps qui serait nécessaire à une prise en charge « sereine et pleinement satisfaisante ». Cela sous-entend que prendre en charge une personne de culture différente demanderait plus de temps que les soignants n'ont pas forcément, d'où une certaine frustration.

Les soignants évoquent donc ces difficultés linguistiques, sociales, culturelles, où s'ajoutent des difficultés liées aux parcours des patients. Les représentations du soin par les personnes migrantes ne sont pas citées de façon explicite. Il est surtout important de noter que les soignants ne parlent pas d'emblée de leurs propres difficultés qui pourraient être liées à des difficultés d'adaptation liées à leur identité, leur posture soignante ou leurs représentations.

¹ Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. La Santé de l'homme, novembre-décembre 2007, n°392: p.25-27

Les réponses apportées

Face à ces obstacles, les soignants ne restent pas sans réagir et les ressources utilisées sont nombreuses, mais tournent principalement autour de la résolution du problème de communication.

Premièrement, pour pallier à la barrière de la langue, ils sont majoritaires à essayer de se faire comprendre. Ils font appel à une personne qui peut traduire : « traducteur, interprète », « traducteur dans son entourage », « famille », « interprète de Passerelles »¹, « traducteur par téléphone », « aide d'une collègue parlant le russe », « appel aux référents linguistiques », « remettre en place la liste des traducteurs ».

Deuxièmement, faute de traducteur, les soignants essaient eux-mêmes de communiquer en fonction de leurs connaissances : « parler anglais (ce que l'on connaît) », « essai de trouver une langue en commun, souvent l'anglais ». Ou alors, ils cherchent de l'aide sur Internet en utilisant « Google traduction ». Une personne parle d'un « classeur de traduction ». D'autres soignants évoquent le « non-verbal », « la communication avec dessins, gestes », « expression gestuelle ».

Troisièmement, la PASS est citée à plusieurs reprises dans les ressources à disposition. Cela montre que c'est un service bien identifié, depuis son ouverture il y a un an et demi. Malheureusement, les possibilités à la PASS sont les mêmes que sur le reste de l'hôpital, il n'y a pas plus d'interprètes disponibles. La différence est peut-être la notion de temps accordé à ces patients ; déjà citée précédemment par une personne comme obstacle. C'est en effet à prendre en compte en particulier dans ces situations où la communication est difficile. Dans l'ouvrage, « Soigner l'humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût », J. Barrier explique qu'il ne faut pas oublier que « l'humain est complexe et le soin prend donc du temps » en particulier si on y ajoute des « problématiques sociales, psychologiques et individuelles ». Prendre son temps évite une « pratique médicale morcelée », un « manque de vision globale » de la part des soignants et « une perte de temps au niveau collectif »².

Je citerai aussi une infirmière qui parle elle de « langage universel : prendre son temps, calme, bienveillance ». Deux personnes vont dans ce sens en parlant « d'empathie » et « être à l'écoute ».

Les ressources utilisées par les infirmiers vont donc de la débrouille à l'interprétariat professionnel. Je mets malgré tout un bémol sur ce dernier point car, dans les réponses au questionnaire, quand les mots « traducteur » et « interprète » sont notés, il n'est pas précisé de quel nature. Par exemple, au CHD, les équipes peuvent faire appel à ISM³ par téléphone mais je n'ai pas assez d'éléments pour savoir si ce service est utilisé.

¹ Association qui vient en aide aux personnes en grande difficultés en Vendée. <http://passerelles-asso.net/>

² J. Barrier et al., « Le temps, une dimension indispensable du soin », dans C. Georges-Tarragano. En collaboration avec H. Astre et F. Pierru. « Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût », Rennes, Presses de l'EHESP, « collection Controverses », 2015, pp. 95-110

³ L'Association InterServices Migrants fournit un interprétariat médical soit au téléphone soit physiquement pour tous les établissements qui ont une convention avec elle. Les interprètes sont des professionnels qui bénéficient de formations adaptées aux situations médicales les plus difficiles.

La place et le rôle des interprètes non-professionnels (famille, ami, soignant, enfant...) doivent être réfléchis car des malentendus et incompréhensions peuvent mettre cet interprète mal à l'aise, en particulier si l'interprète ne connaît pas bien les termes médicaux. De plus, selon la proximité avec le patient, se pose les questions de l'impact émotionnel, de la neutralité et du secret médical. Pourtant, le langage est indispensable pour l'égalité d'accès aux soins. C'est ce que Laurence Kotobi décrit dans son article « L'interprétariat médico-social : une exigence éthique ».¹ Elle rappelle que malgré le manque d'organisation et de moyen financier, il est important de rappeler aux soignants que le recours à l'interprétariat est indispensable, sous réserve qu'il soit fait dans de bonnes conditions et que le personnel soit formé à cette relation triangulaire. Récemment, un décret gouvernemental a précisé la définition de l'interprétariat linguistique² et la Haute Autorité de Santé a publié un référentiel de compétences et de formation encadrant les activités d'interprétariat linguistique et de médiation sanitaire.³ Les recommandations existent, encore faut-il que les politiques et directeurs d'établissement donnent les moyens de les appliquer.

Il ressort de ces réponses que ces différents systèmes utilisés par les soignants permettent de transmettre les informations les plus importantes, mais qu'en est-il de la relation ?

La posture du soignant

Les ressources mobilisées par les soignants sont donc nombreuses pour faire face aux difficultés rencontrées auprès de patients de cultures différentes. On suppose une volonté de bien faire. Néanmoins, sur les 24 à avoir répondu à la question 3 « êtes-vous à l'aise » seulement 13 répondent oui. La communication est à nouveau le frein évoqué par les 11 autres se disant mal à l'aise. A noter aussi, que ceux qui n'ont rien coché ou certains qui ont coché 2 réponses, justifiaient leur choix en précisant qu'il n'y avait pas pour eux de différence avec les autres patients. 2 personnes ont précisé être plus à l'aise grâce à leurs expériences personnelles de voyages.

Concernant l'intérêt à prendre en charge des patients migrants (question 4), la quasi-totalité des infirmiers éprouvent un intérêt modéré ou élevé. A noter que 4 personnes ayant un intérêt modéré et une personne aucun intérêt, ont précisé que c'était « comme pour les autres patients ». Ils ne faisaient donc pas de différence avec les autres. Au total, sur ces deux dernières questions, on estime à presque 30% de soignants qui estiment ne pas faire de différence entre un patient migrant et un autre.

¹ Kotobi L. L'interprétariat médico-social : une exigence éthique. La santé en action. Décembre 2017, N°442 pp. 15-17

² Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, Journal officiel, 7 mai 2017

³ HAS, REFERENTIEL DE COMPETENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, octobre 2017, 55p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf

A la question 5, une grande majorité (60%) des infirmiers interrogés pensent que les soignants doivent s'adapter aux valeurs et coutumes des migrants; et en même temps, ils pensent presque tous (90%) que les migrants doivent s'adapter aux institutions et pratiques médicales de leur pays d'accueil.

L'adaptation selon eux est partagée mais vient surtout des patients.

Sur ces questions, la posture des soignants est interrogée. Il est intéressant de noter que plusieurs mentionnent le fait de ne pas faire de différence entre patients. Cela peut faire référence à une des valeurs et à un devoir de l'hôpital public, à savoir l'accès inconditionnel aux soins pour tous, ce qui implique une égalité de traitements des soignants vers les patients. Mais qu'en est-il de la singularité de chaque patient ? Il est vrai qu'un infirmier à l'hôpital est contraint par une organisation, des protocoles de services et des normes à respecter. Mais comme on l'a vu dans la 1ère partie, l'infirmier, dans la relation qu'il instaure avec le patient, peut prendre en compte les éléments pour considérer le patient comme une personne autonome, acteur dans la prise en charge de sa santé. C'est une posture importante de l'infirmier pour être à l'écoute et adapter la prise en charge, sans nier ses propres valeurs soignantes. L'approche culturelle demandera à l'infirmier, en particulier, et au service hospitalier en général, de s'attarder sur le sens donné par le patient à ses soins. « Plus les services et les collaborateurs hospitaliers acquièrent des connaissances sur les traditions, les coutumes, leur signification, plus la compréhension et le respect envers les patients et leurs demandes augmentent et le service est prêt à faire des concessions ». ¹

On pourrait rapprocher cela de la notion de laïcité qui de nos jours est de plus en plus questionnée. Il existe un guide de la laïcité pour les établissements de santé qui rappelle comment essayer de répondre aux demandes si cela ne perturbe pas l'organisation du service ou la réalisation des soins. ²

La différence de culture ne doit donc pas être niée, au risque de tomber dans l'ethnocentrisme, ni être surexposée, au risque de faire preuve de culturalisme.

Il existe donc des obstacles à cette façon d'appréhender le soin. Dans la 1ère partie, on a vu que les représentations chez les soignants peuvent être à l'origine de stéréotypes et créer un décalage entre eux et les patients. Ce décalage se voit entre autres dans la question 5 quand les soignants affirment que l'adaptation vient surtout des patients. Ainsi, ce décalage se concrétise dans des « interactions asymétriques » entre « des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (les soignants) et des non-initiés (les patients). » ³

¹ Rohrbach, C., Soigner, c'est l'expérience de se connaître soi-même par le détour de l'autre, Recherche en Soins Infirmiers, 1999, No. 56, pp. 81-87

² http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/02/laicite_et_gestion_du_fait_religieux_dans_les_etablissements_publics_de_sante_1.pdf

³ Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités, Recherche en soins infirmiers, 2007, vol. 89, no. 2, pp. 33-42

De plus, un patient de culture différente voire de langue différente ne « rentre pas dans les cadres de référence établis par l'institution ».¹ Dans cet article de la santé en action, S. Tessier rappelle que « ce n'est pas seulement la migration qui fait l'étranger, mais surtout *l'accueil* qui est réservé à l'utilisateur par les professionnels qui représentent l'institution ». C'est pourquoi, un des objectifs des soignants, en particulier dans la phase d'accueil, devrait être de restaurer des relations égalitaires et de raisonner en termes de « situation d'altérité », et ainsi créer « une symétrie entre l'institution et l'utilisateur qui doivent accepter leurs différences ».

Pour l'infirmier, la posture d'accueil passe alors par «le décentrage », cela « permet de se rendre compte que nos grilles de lectures sont différentes et de suspendre momentanément son jugement ». Ainsi, le soignant peut identifier ce qui le dérange et travailler sur ses propres mécanismes de défense.² Confronter les représentations de chacun, travailler sur la posture d'accueil du soignant et ses connaissances en terme de culture permettrait donc d'adapter les soins infirmiers aux patients de cultures différentes.

d) La question de la formation

A la question 6 : « Pensez-vous être suffisamment formé à la prise en charge des patients de cultures différentes ? », seules 2 personnes ont répondu oui et ont précisé qu'elles avaient eu des cours à l'IFSI sur « l'ethnologie », « les cultures et les croyances ». Ces infirmiers ont eu leur diplôme après 2009.

Et à la question 7 : « Si une formation sur la prise en charge de patients migrants vous était proposé, la suivriez-vous ? », 70% ont répondu oui. Une personne ayant répondu non a précisé que c'était par manque de temps. Les thèmes que les infirmiers souhaiteraient aborder sont les suivants (du plus demandé au moins demandé) :

- Coutumes, cultures, civilisation, religion – en lien ou non avec le soin (12 personnes)
- Ce qui est fait au niveau local et national : associations et partenaires en Vendée et en national, politique d'accueil du CHD (6 personnes)
- Traduction : à qui faire appel, demande de supports ou d'outils (6 personnes)
- Informations sur le parcours de ces personnes et leur prise en charge sociale – suivi et orientation (5 personnes)
- Différentes pathologies
- Contexte de fuite
- Cours d'anglais, compétences linguistiques
- Ce que le patient attend de sa prise en charge

¹ Tessier S. Former les soignants à prendre en charge la diversité des publics. La santé en action. Décembre 2017, N°442 - pp. 23-24

² Conférence de Claire Mestre, « Comment accompagner des personnes de cultures différentes », 2 novembre 2016, La Roche sur Yon

Je me suis intéressée au profil des infirmiers en fonction de la réponse à la dernière question sur la formation.

Pour le groupe **ne souhaitant pas de formation** sur le sujet, sur les 8 soignants, 5 sont diplômés après 2009. La moitié se dit à l'aise dans la prise en charge.

Concernant leur intérêt à s'occuper de patients migrants, il est modéré, en partie car certains ont précisé qu'il était le même que pour les autres patients.

A la question 5, ils sont d'accord pour la plupart sur le fait que les soignants doivent s'adapter (+ 1 pas du tout, 1 pas d'accord, 1 tout à fait)

Ils sont d'accord, voire tout à fait d'accord, sur le fait que les migrants doivent s'adapter.

Pour le groupe **intéressé par une formation** sur le sujet, les infirmiers sont majoritairement diplômés avant 2009.

La moitié se dit à l'aise dans la prise en charge.

Concernant leur intérêt à s'occuper de patients migrants, une moitié le considère élevé, l'autre modéré.

A la question 5, ils sont tous d'accord sur le fait que les soignants doivent s'adapter, sauf 2 personnes qui ne sont pas d'accord. (12%)

Ils sont d'accord, sur le fait que les migrants doivent s'adapter, sauf 2 personnes qui ne sont pas d'accord.

Difficile de tirer une conclusion pertinente vue le faible échantillon. J'ai donc souhaité rapprocher ces profils et les données récoltées dans le questionnaire du modèle de Campinha-Bacote, comme il est décrit par Alexandre Hagan dans son article sur la compétence culturelle des infirmières.¹

Ainsi, « la compétence de l'infirmière se manifeste à travers l'intégration des dimensions culturelles telles, la prise de conscience culturelle (PCC) ; les connaissances culturelles (CC) ; les habiletés culturelles (HC) ; la rencontre culturelle (RC) ; et le désir culturel (DC). (Campinha-Bacote, 2002-2003) ».

La PCC intervient quand « l'infirmière questionne sa pratique ».

Les CC relèvent d'un « processus par lequel l'infirmière analyse et parvient à connaître les cultures. »

Les HC est « un processus d'apprentissage par lequel l'infirmière effectue une collecte de données qui tient compte des éléments culturels de la personne ».

La RC intervient lorsque « l'infirmière cherche à interagir directement avec des personnes d'origines culturelles diverses » et « peut se décrire comme étant le savoir-être de l'infirmière dans un contexte culturel et clinique donné ».

Le DC est « un processus par lequel une infirmière construit sa motivation en travaillant auprès de patients ayant une culture différente ».

¹ Hagan A. La compétence culturelle des infirmières, Cahiers Metiss, 2007, vol. 2, no 1 : p. 9-21

Je trouvais intéressant de noter que les infirmiers interrogés semblent avoir déjà intégré certaines des dimensions qui servent l'approche culturelle. Ainsi, les infirmiers qui parlent « d'empathie », « d'être à l'écoute » ou « de prendre son temps, calme, bienveillance », ou encore les infirmiers qui parlent de leurs expériences de voyages sont dans cette démarche de rencontre culturelle. De plus, le fait que les soignants mettent en avant la barrière de la langue dans les réponses au questionnaire, montre qu'ils ont le souci d'atteindre « une compréhension adéquate des besoins du patient ».¹

Les habiletés culturelles regroupent des « savoir-faire professionnels, organisationnels et culturels ». Ils ne sont pas mesurables dans ce questionnaire mais la demande des soignants d'avoir des connaissances sur les réseaux et partenariats qui œuvrent localement pour les personnes migrantes, se rapproche de la notion de savoir-faire organisationnel. Pour Hagan, ce savoir-faire est ce que « l'infirmière met à la disposition du patient pour le guider dans le réseau de la santé ».

Les infirmiers ont montré à 70% leur volonté de se former sur la question interculturelle. Ils ont un désir d'apprendre sur l'autre, les cultures et l'Humain. Le désir culturel est décrit par Hagan comme une « empathie pour l'autre » et peut se retrouver dans ce qu'expriment les infirmiers. De plus, ceux intéressés par une formation, montraient un intérêt à la prise en charge des patients de culture différente.

La prise de conscience culturelle et les connaissances culturelles sont plus difficiles à évaluer ici.

Dans l'ensemble, on voit à travers les réponses que le savoir théorique et les connaissances des infirmiers leur permettent déjà d'avoir une attitude d'accueil et de « respect des différences individuelles ».² Les infirmiers intéressés par une formation sur le sujet de l'interculturalité sont plus dans ces notions de rencontre culturelle, habiletés culturelles et désir culturel que l'autre groupe.

¹ Hagan A. La compétence culturelle des infirmières, Cahiers Metiss, 2007, vol. 2, no 1 : p. 9-21

² Ibid.

CONCLUSION

Au fil de ce travail, j'ai voulu montrer que la prise en charge de patients de culture différente est insuffisamment abordée dans la formation des infirmiers. Néanmoins, les concepts de relation de soins, de relation d'aide et les connaissances théoriques sont une base solide où peuvent ensuite s'appuyer des notions plus spécifiques comme celles de la culture et de la compétence culturelle.

Les infirmiers du CHD interrogés rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients migrants. Mais grâce à leurs capacités d'adaptation, aux ressources dont ils disposent, à leur savoir-faire et à un peu de créativité, ils font en sorte d'accueillir ces patients au mieux. Mais pour que soignants et patients se retrouvent sur un même pied d'égalité, il est primordial que des efforts soient faits pour la communication et la mise en relation de deux cultures. Ainsi, l'amélioration de l'interprétariat sur le CHD est une piste à envisager et travailler avec la Direction des Usagers et de l'Accueil de l'hôpital.

De plus, tout en s'appuyant sur ce savoir-faire infirmier, il semble important de pouvoir proposer aux soignants intéressés des temps d'échanges, de réflexion voire de formation autour de la question interculturelle. En se questionnant sur leurs représentations et en acquérant des connaissances pour mieux appréhender l'Autre, ils pourront tendre vers le développement d'une compétence culturelle.

Le service de la PASS du CHD accueille de nombreux patients migrants. Un des objectifs de la PASS étant de sensibiliser, informer et former les professionnels de l'établissement sur la connaissance de son public, je souhaiterais en tant qu'infirmière de la PASS réfléchir aux solutions à envisager et à mettre en place, en accord avec le reste de l'équipe et de la direction. Le modeste questionnaire de ce mémoire aura permis de faire émerger des besoins, en regard desquels une analyse plus fine de la situation, la priorisation des problèmes, la définition des objectifs puis leur traduction en actions opérationnelles en prenant en compte les ressources disponibles permettront je l'espère d'apporter une réponse.

Cette démarche réflexive autour de la compétence culturelle s'inscrirait dans une amélioration globale des relations avec d'autres types de population. La compétence culturelle telle que décrite par Hagan « est d'abord le développement d'une compétence à l'altérité ». La prise en compte de la diversité des publics est de « faire glisser le concept « d'accueillir un migrant » vers celui de « gérer une situation d'altérité » ».¹

¹ Tessier S. Former les soignants à prendre en charge la diversité des publics. La santé en action. Décembre 2017, N°442 - pp. 23-24

Bibliographie

Associations des Infirmières et Infirmiers du Canada, Encourager la compétence culturelle dans les soins infirmiers, 2010, énoncé de position En ligne : https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps114_cultural_competence_2010_f.pdf?la=fr

Baraud M., Acioly-Regnier N. Adapter la formation des soignants en vue du développement d'une compétence interculturelle : une voie pour l'augmentation de la cohésion sociale à travers la prise en compte de la différence culturelle dans les institutions de santé , Poiésis, Poiésis. Universidade do Sul de Santa Catarina, Santa Catarina, ISSN-e 2179-2534, 2012, pp.28-41 En ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00758714/document>

Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2007, n°392 :p.25-27. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-392.pdf>

Collière, M. L'apport de l'anthropologie aux soins infirmiers (note de recherche), *Anthropologie et Sociétés*, 1990, vol. 14, n°1, P. 115–123 En ligne : <https://www.erudit.org/fr/revues/as/1990-v14-n1-as784/015115ar/>

Coutu P. – Wakulczyk G. Pour des soins culturellement compétents : Le modèle transculturel de Purnell, *Recherche en Soins Infirmiers*, 2003, No. 72, pp. 34-47 En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/72/34.pdf>

Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités, *Recherche en soins infirmiers*, 2007, vol. 89, no. 2, pp. 33-42, En ligne : https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm#anchor_plan

Georges-Tarragano C., en collaboration avec Astre H. et Pierru F. Soigner (l')humain. Manifeste pour un juste soin au juste coût , Rennes, Presses de l'EHESP, « collection Controverses », 2015, 328 p

Hagan A. La compétence culturelle des infirmières, *Cahiers Metiss*, 2007, vol. 2, no 1 : p. 9-21. En ligne : http://www.sherpa-recherche.com/wp-content/uploads/2014/05/Cahiers-metiss_2_en_ligne.pdf

HAS, REFERENTIEL DE COMPETENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, octobre 2017, 55p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/interpretariat_dans_le_domaine_de_la_sante_-_referentiel_de_competences....pdf

Kotobi L. L'interprétariat médico-social : une exigence éthique. *La santé en action*. Décembre 2017, N°442 pp. 15-17

Lazarus A. Hôpital Avicenne : comment s'adapter aux patients migrants, *La Santé de l'homme*, septembre-octobre 2008, no 397 : p. 43-45. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/sante-homme-397.pdf>

Marin, I., Farota-Romejko, I., Larchanché, S. & Kessar, Z. Soigner en langue étrangère, *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2012, vol. 111, no. 4, pp. 11-19 En ligne : <https://www.cairn.info/revue-jusqu-a-la-mort-accompagner-la-vie-2012-4-page-11.htm>.

Menaut, H. Les soins relationnels existent-ils ? , *VST - Vie sociale et traitements*, 2009, vol. 101, no. 1, pp. 78-83 En ligne : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm>

Naoufal C., La théorie de l'universalité et de la diversité des soins selon la culture de Leininger, 2013, site recherchensoinsinfirmiers.com, [consulté le 4/02/2018] En ligne : <http://recherchensoinsinfirmiers.com/2013/12/12/theorie-universalite-diversite-soins-culture-leininger/>

Naoufal C., Les sept concepts de la relation d'aide, 2014, site recherchensoinsinfirmiers.com, [consulté le 4/02/2018] En ligne : <http://recherchensoinsinfirmiers.com/2014/05/03/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/>

Observatoire de la laïcité, Guide : Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements de santé, 2016, Paris, 18 p En ligne : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/02/laicite_et_gestion_du_fait_religieux_dans_les_etablissements_publics_de_sante_1.pdf

Phaneuf M. L'approche interculturelle, une nécessité actuelle. (parties 1, 2 et 3) 2009 En ligne : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Approche_interculturelle_une_necessite_actuelle-Regard_sur_la_situation_....pdf

Phaneuf M. Dossier : pour des soins interculturels. 1^{ère} partie : parcours des immigrants et différences culturelles, 2016 En ligne : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2016/09/Dossier-Pour-des-soins-interculturels-1re_partie-parcours-des-immigrants-et-differences-culturelles.pdf

Rohrbach, C., Soigner, c'est l'expérience de se connaître soi-même par le détour de l'autre, *Recherche en Soins Infirmiers*, 1999, No. 56, pp. 81-87 En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/81.pdf>

Rohrbach Viadas C. Soins et anthropologie. Une démarche réflexive , *Recherche en soins infirmiers*, 2007, vol. 90, no. 3, pp. 19-25 En ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-3-page-19.htm>

Tessier S. Former les soignants à prendre en charge la diversité des publics. *La santé en action*. Décembre 2017, N°442 - pp. 23-24

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code En ligne :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2004/7/29/SANP0422530D/JO/texte>

Ministère de la Santé et des sports, Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, Journal Officiel n°0181 du 7 août 2009. En ligne :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044&dateTexte=&categorieLien=id>

<http://ieneproject.eu/> site Intercultural Education of Nurses in Europe

ANNEXE 1 – Le questionnaire

« Etats des lieux des besoins en formation des infirmier.e.s autour de la prise en charge des patients migrants de cultures différentes, au sein du CHD-Vendée ».

Bonjour. Infirmière au CFPD et à la PASS, je suis actuellement le Diplôme Universitaire "Santé des migrants". Je souhaiterais orienter mes recherches sur les besoins en formation des infirmiers autour de la prise en charge des patients de culture différente, au sein du CHD-Vendée. Par ce questionnaire anonyme, j'aimerais donc faire un rapide état des lieux.

Je vous remercie de bien vouloir prendre un peu de votre temps pour répondre aux questions. Ceci devrait vous prendre 5 minutes. Les réponses ne doivent pas forcément être rédigées; des mots et idées en disent aussi long. Le questionnaire est à remettre à votre cadre avant le 15 mars.

Pour toute question, je suis joignable au 2 85 73 ou ide.cvp@chd-vendee.fr. Bonne journée !

Tatiana Bourcier, IDE CFPD et PASS

- Service :
- Ancienneté dans le service :
- Année d'obtention du diplôme :
- Age :

1. Selon vous, qu'est-ce qu'un « migrant » ?

2. Avez-vous déjà pris en charge des patients migrants, primo arrivants ou demandeurs d'asile, de cultures différentes ? (cochez votre réponse)

Non => allez à la question 3

Oui => dans ce cas, avez-vous rencontré des difficultés ou obstacles ?

Non => allez à la question 3

Oui => dans ce cas, avez-vous identifié les causes de ces difficultés ?

Non => allez à la question 3

Oui => quelles étaient les causes de ces difficultés ?

=> que mettez-vous alors en place ? Quelles ressources avez-vous à votre disposition ? Quelles sont les attitudes qui vous ont aidé pour surmonter ces difficultés ?

3. Vous sentez- vous mal à l'aise dans la prise en charge des patients migrants ?

Oui Non

Pouvez-vous expliquer votre réponse ? (*oui ou non*)

4. Quel niveau d'intérêt avez-vous à prendre en charge des patients migrants ?

Aucun intérêt

Faible intérêt

Intérêt modéré

Intérêt élevé

Intérêt très élevé

5. A votre avis :

« Les institutions doivent s'adapter aux valeurs et coutumes des migrants. »

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

« Les migrants doivent s'adapter aux institutions de leur pays d'accueil. »

Pas du tout d'accord

Pas d'accord

D'accord

Tout à fait d'accord

6. Pensez-vous être suffisamment formé à la prise en charge des patients migrants de cultures différentes ?

Oui Non

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

7. Si une formation sur la prise en charge de patients migrants vous était proposée, la suivriez-vous ?

Oui

Non

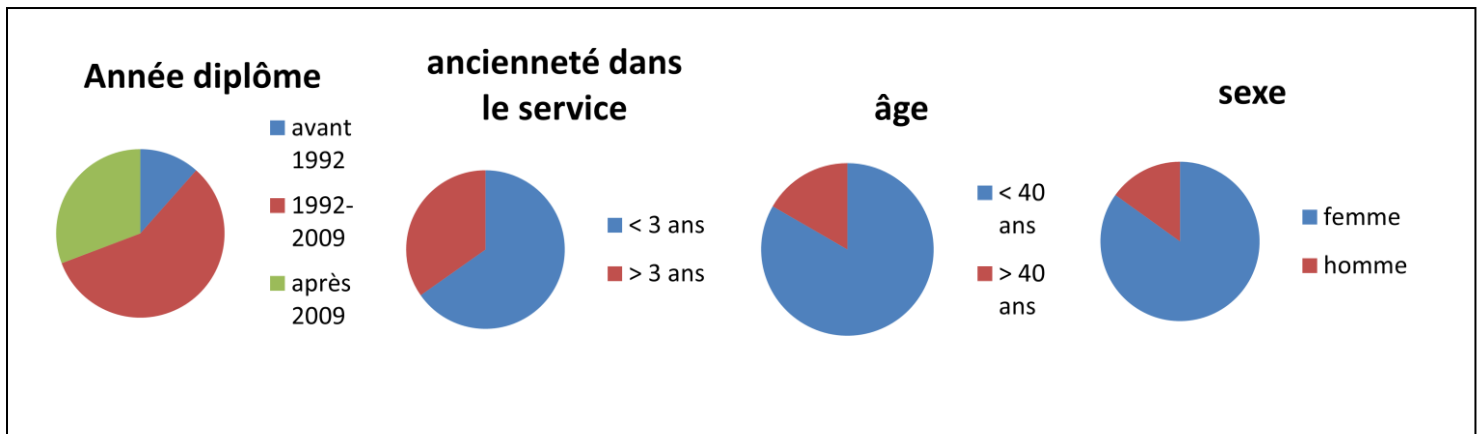
Si oui, quelles compétences aimeriez-vous développer ?

Quelles connaissances aimeriez-vous approfondir ?

Quels thèmes aimeriez-vous aborder ?

Une dernière remarque ? :

ANNEXE 2 - Les réponses au questionnaire

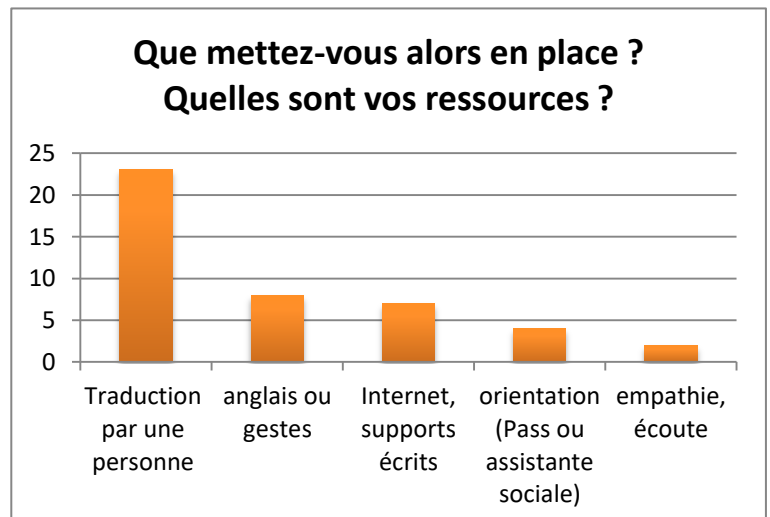
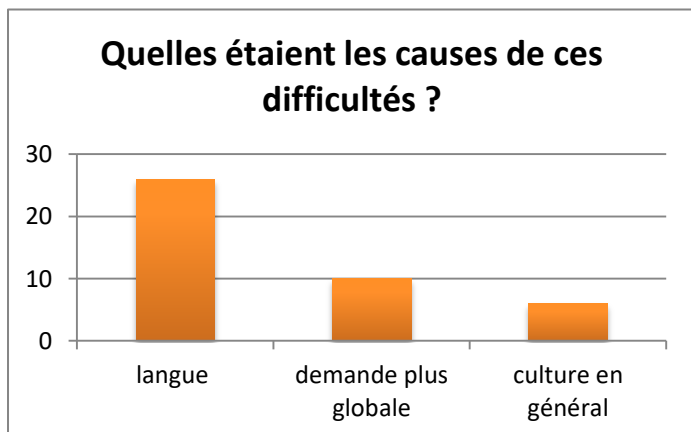


1. Selon vous, qu'est-ce qu'un « migrant » ?

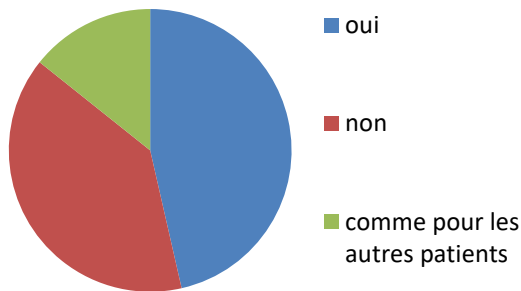


2. Avez-vous déjà pris en charge des patients migrants, primo arrivants ou demandeurs d'asile, de cultures différentes ? **OUI pour tous**

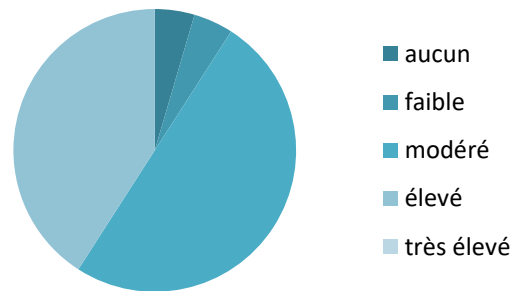
Dans ce cas, avez-vous rencontré des difficultés ? **OUI pour tous**



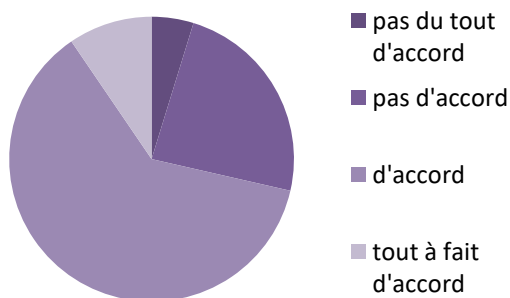
3. Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge des patients migrants ?



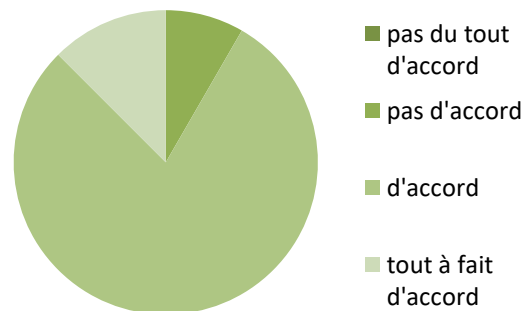
4. Quel niveau d'intérêt avez-vous à prendre en charge des patients migrants ?



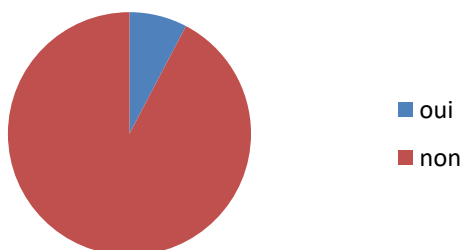
5. Les soignants doivent s'adapter aux valeurs et coutumes des migrants.



5. Les migrants doivent s'adapter aux institutions et pratiques médicales de leur pays d'accueil.



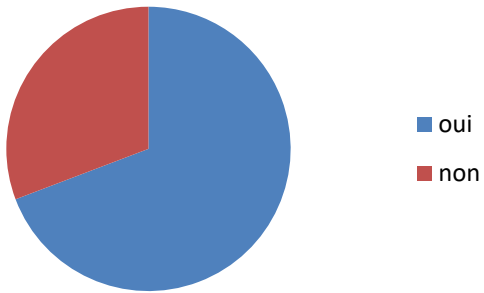
6. Pensez-vous être suffisamment formé à la prise en charge de patients de culture différente ?



Quelle formation ? :

à l'IFSI, coutumes et croyances, ethnologie

7. Suivriez-vous une formation?



Quels thèmes en formation ?

