

Soin transculturel, un impératif pour l'Infirmière du 21^{ème} siècle

Ou quand la science infirmière rencontre l'anthropologie

Marie Abemyil, IDE / SF, M. Sc. Nursing

Concepts clés: soin transculturel, dialogue, accompagnement, l'autre

I- Introduction

Décrit depuis les années 70 par l'Infirmière anthropologue américaine Madeleine Leininger et déjà adopté sous d'autres cieux, le «*soin transculturel*» est un paradigme encore peu ou mal connu, j'allais dire nouveau au Cameroun.

Mais de quoi s'agit-il, parlant de ce paradigme ici: quelle en est l'inspiration? Quel est son sens et son importance pour la Profession infirmière?

En 2006, Walter Hesbeen, Infirmier et chercheur, a dans sa conférence pendant le Congrès Mondial des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIIEF), insisté sur l'impérieuse nécessité d'intégrer le dialogue au cœur du soin.

En la même circonstance le médecin français Martin Winckler, pose ce préalable au sujet du soin, à savoir:

«Le soin n'est pas, n'est jamais et ne peut pas être un une relation de pouvoir; étant donné qu'il s'adresse à celui qui souffre. Ce n'est ni une récompense que l'on accorde, ni une punition que l'on inflige. Il ne peut être ni refusé, ni imposé. Pour prendre toute sa valeur, un soin doit être proposé sans réserve et accepté librement ».

En effet, toute tentative de pouvoir dans l'acte du soin est contraire à l'éthique et exclusive parce qu'il devient une source de domination et de subordination qui conduit à des travers tels que l'aliénation, la marginalisation, l'oppression et la stigmatisation. Certaines maternités du Cameroun qui sont des lieux de torture pour les parturientes sont une belle illustration d'une relation de pouvoir dans le soin au cours de laquelle les femmes sont littéralement maltraitées, voire chosifiées en allant donner et perpétrer la vie.

La déclaration de Canalès (2002) selon laquelle *le moi ne se définissait que par rapport à l'autre*, établit l'importance du soin transculturel. Faisant sienne cette logique, toute soignante gagnerait à voir le monde à partir de la perspective de l'autre, à comprendre le *sens du monde de l'autre*. La relation de soin qui devient alors inclusive, transforme et bâtit des coalitions, car perçue sous l'angle du partage; avec pour corollaires les principes de la démarche dialogique que sont: le sens de la communauté, le partage du pouvoir, l'acceptation et le respect de l'autre dans sa singularité, son unicité et sa spécificité individuelle et culturelle pour l'humanisation du soin.

Cette approche transculturelle permet de cerner le méta paradigme «personne» vu par la profession infirmière comme un tout indissociable comprenant des dimensions biologiques, psychologique, sociales culturelles et spirituelles devient un impératif pour l'Infirmière du 21^{ème} siècle. Et la philosophie de Madeleine Leininger selon laquelle *«tout soin intervient dans un contexte culturel* ainsi que son souhait de voir *toute Infirmière devenir transculturelle d'ici à l'an 2015* trouve ici toute sa raison d'être. En effet, abordé sous cet angle, la relation de soin éviterait des situations de stress, de conflits culturels, de non adhésion, ainsi que des

préoccupations éthiques et morales. Le soin serait alors plus spécifique, thérapeutique, sécuritaire, en un mot, holistique.

Dans le cadre de ce travail, nous partagerons tour à tour les aspects du soin vu sous l'angle de la Culture, puis de la Science Infirmière, ensuite, nous déroulerons l'implication du soin transculturel sur la profession infirmière.

II - Le soin vu sous l'angle de la culture

«La culture est plus que l'ethnicité ou l'appartenance à un groupe spécifique. Il s'agit d'un ensemble de valeurs, de croyances de modèles de pensées, d'actions et d'artéfacts qui dit aux membres dudit groupe qui ils sont et comment ils sont sensé faire des choses». Norwood (2003)

Ces modèles reflètent des postulats de base que la communauté développe au fil du temps et dépeint comment elle a appris à interagir avec son environnement. La culture d'une communauté représente ainsi la sagesse accumulée au fil des ans et sert plusieurs buts, entre autres:

- le contrôle des comportements en mandatant, permettant ou interdisant certains comportements
- l'intégration: les membres de la communauté nourrissent un sens de l'identité qui implique une adhésion sans faille aux buts et décisions de la communauté

C'est aussi un cadre conceptuel, un canevas qui aide ses membres à interpréter uniformément les situations qu'ils rencontrent, tel que le déclarait Norwood (2003) :

«La plupart de cultures opèrent ainsi de manière inconsciente, et admettent comme autorisées les valeurs partagées par la communauté et ses membres. L'observateur avisé d'une culture découvrira l'existence d'artéfacts symboliques, indicateurs tangibles et visibles de la culture d'une organisation, pour avoir des indices sur les croyances, les valeurs, et les postulats d'une communauté. Ces artéfacts culturels peuvent être matériels, verbaux, ou comportementaux ».

S'agissant des artéfacts matériels, il est à relever que ce sont des indicateurs physiques d'une culture tels que *les logos, les sceaux; à l'instar de la croix sur les logos de plusieurs organisations de la santé associées à des motivations bénévoles, altruistes charitables. Mais aussi l'habillement, l'apparence.* Hugues (1990).

Quant aux artéfacts verbaux, il est question d'observer les matériels écrits que la communauté met à la disposition du public, ainsi que les mythes et les légendes, qui sont des anecdotes que la communauté a développées au sujet de son histoire et de ses membres et qui aident à établir, maintenir ou expliquer certains comportements et artéfacts matériels au sein de la communauté. A titre d'exemple, nous parlerons du mythe de l'«évu» chez le Béti du Cameroun, mis en action à travers la sorcellerie qui :

«Dans le cadre de la participation de l'homme à l'extraordinaire et à l'ordinaire se saisit comme force ou pouvoir de réveiller la puissance «d'être plus» et de «faire plus» qui sont en l'homme,... l'irruption événementielle de l'extraordinaire dans l'ordinaire qui est le domaine du perçu, du vu, du pensé». Beyeme Mbida (2006).

Ces mythes confèrent également une certaine légitimité à des comportements, entretiennent la contradiction, communiquent des souhaits et des conflits inconscients et enracinent l'organisation dans son passé.

La réalité selon laquelle tout soin intervient dans un contexte culturel, fait nécessairement d'artéfacts symboliques propres à chaque communauté permet de dire que tout soin qui occulterait cette dimension d'un «dasein» unique et singulier, serait, le moins que l'on puisse dire, incomplet.

Dans même logique, «le modèle de la compétence culturelle de Purnell (2000) énonce certains postulats qui établissent la relation entre la culture et le soin, entre autres:

Toutes les professions de la santé ont besoin des informations sur la diversité culturelle des communautés pour procurer des soins sensibles à la culture et prodigués avec compétence. Parce que la culture a une forte influence sur l'interprétation et dans les réponses de chacun vis-à-vis des activités de soin et que chaque individu a le droit d'être respecté dans son unicité et son héritage culturel. Ainsi, les pourvoyeurs de soins qui peuvent évaluer, planifier, et intervenir dans une logique culturelle améliorent la qualité de leur soin et peuvent minimiser les préjudices et les biais dans leurs relations de soin.

En définitive, pour être effectif, le soin doit refléter la compréhension unique des valeurs, croyances, attitudes, styles de vie et la vision globale des modèles d'acculturation des individus, ce qui suppose que les personnes soignées sont coparticipantes à leurs activités de soin et ont le choix dans les interventions y relatives.

III- Le soin vu sous l'angle de la Profession infirmière

Autant que l'anthropologie, le Nursing s'intéresse à l'être humain et aux facteurs de stress dans l'adaptabilité aux forces de l'environnement (maladie, deuil, changement de température, mutations sociopolitiques et technologiques).

La science infirmière confère au paradigme «personne» la pluri dimension biologique, psychologique, sociale, culturelle et spirituelle. Dans une logique systémique, ce «dasein» ainsi considéré comme un tout indissociable est en droit de s'attendre à bénéficier d'un soin qui tienne compte de tous ces aspects en interactions simultanée. Cela se présente de sorte que tout changement survenant dans un des éléments affecte indubitablement tous les autres éléments ainsi que l'ensemble *du système Infirmière - personne soignée - famille - communauté*.

Parce que le soin met en face deux identités libres, la soignante et le soigné, il devient important de comprendre que la question de *liberté* est centrale dans l'acte du soin. Ainsi, ce qui se passe dans cette relation se passe dans les deux sens, *horizontalement* et non verticalement.

Dans une telle approche, il n'est pas difficile de comprendre que soigner c'est partager.

Il s'agit bien d'une interaction qui a pour point de départ:

«La rencontre entre deux entités humaines spécifiques ayant chacune un passé, une histoire constituée d'expériences, de doutes, de peurs, et de culpabilités.

Une interrelation au cours de laquelle personne soignée et soignante cheminent ensemble, interagissant selon une approche dialogique. Démarche qui, lorsqu'elle est guidée par le respect de l'autonomie, de l'unicité et de la spécificité de l'autre, aboutit à une symbiose entre ces deux principaux acteurs de la chaîne de soins. Elle conduit à des résultats positifs, tels que: une confiance accrue en l'Infirmière et les milieux de soins, souvent la guérison mais toujours l'édification, «l'empowerment» de la personne soignée et ses proches, aussi bien que l'amélioration des relations réciproques, et la satisfaction professionnelle de L'Infirmière. En un mot à un soin de qualité ». Abemyil (2008)

IV-Implication du paradigme «soin transculturel» pour la Profession infirmière

Au regard de ce qui précède, il apparaît important que l'Infirmière apprenne à lire la culture d'une communauté, à en glaner des informations, des pistes et des indicateurs qui la lui feraient mieux connaître. Elle pourra ainsi tirer des conclusions sur la signification culturelle de ces pistes et leur probable implication dans sa relation de soin. Ce qui permet d'éviter les stéréotypes et la généralisation des caractéristiques superstitiels.

Une telle Infirmière, est plus à même de comprendre les aspects cachés et complexes de la vie d'une communauté ses pathologies également. Elle est par conséquent moins embarrassée,

irritée et anxieuse, lorsqu'elle rencontre un comportement apparemment irrationnel non familier à sa profession. Shein (1992), citée par Norwood.

Cette connaissance de la communauté procure à l'Infirmière des informations et sur ce qui est permis en matière de soins à prodiguer à ses membres. Étant donné que les croyances des communautés au sujet de la latitude à demander de l'aide pour résoudre des problèmes de santé affectent autant le moment du continuum santé maladie où la soignante est consultée - stade préventif ou de restauration de la santé- que le mode d'intervention infirmière acceptable par les demandeurs du soin.

Ainsi, cette approche interactive requiert une ouverture à la culture et à la connaissance de la responsabilité individuelle dans la résolution des problèmes de santé. Ce qui rend l'Infirmière capable d'arrimer ses interventions et recommandations à la mesure des normes et des valeurs des demandeurs de soin.

Par exemple, si la vie privée est la valeur, une collecte de d'informations et la communication de résultats d'une évaluation seraient mal acceptées s'ils étaient présentés publiquement. De même, si l'auto suffisance est prioritaire, une résolution de problème qui dépendrait des fondements ou de ressources externes pourraient être mal venues.

Au final, la sensibilité à, et la connaissance de la culture des demandeurs de soin est une preuve d'un sens élevé du « caring » de la part de l'Infirmière qui, somme toute, est une hôtesse sur le lieu de résolution des problèmes de santé du milieu qui l'accueille. Une telle démarche peut atténuer l'inconfort et le sentiment de méfiance souvent liés au statut d'étranger.

Elle facilite en outre la collecte d'informations souhaitées, l'établissement de rapports de confiance, la crédibilité et la mise en œuvre d'un plan d'action acceptable par les deux partenaires du soin.

L'Infirmière camerounaise est appelée à interagir avec des individus provenant de deux cent quatre vingt origines ethniques différentes. Dans le souci d'offrir aux populations un soin de qualité, elle est interpellée, tout comme ses autres collègues du Continent, car en Afrique, la maladie est considérée comme un phénomène social. Les peuples africains perçoivent toujours un lien entre la culture et la maladie.

En effet, chez l'africain, la maladie ne s'exprime pas toujours en terme de microbes ou de virus, mais suppose l'intervention de forces surnaturelles, telles que le «Mangaï» au Tchad, le «Mangu» au Soudan et au Congo Démocratique, la «Zar» en Ethiopie et l' «évu» chez le Béti du Sud Cameroun. Beyeme Mbida (2006).

Pendant que la médecine occidentale fonde son traitement sur la connaissance des microbes, l'Africain pour sa part comme l'Infirmière cherche la **cause première** (le pourquoi), souvent sociale, qui a rendu anormale la situation personnelle ou sociale. De sorte que, lorsqu'il est atteint dans sa santé, il s'accroche toujours à ses croyances profondes auxquelles s'ajoute ce qu'il croit savoir de son mal, de ses causes et des remèdes à utiliser. Parce que le corps représente chez lui la personne dans toute son entièreté, le soignant traditionnel ne sépare pas le soin du corps physique de ceux de l'esprit d'une part et du corps social d'autre part. En cela, la pratique du soin en Afrique rejoint la philosophe infirmière.

En effet, comme l'infirmière, le soignant africain pense qu'une maladie peut provenir d'un mauvais fonctionnement d'un organe, d'un microbe ou d'un virus. Mais qu'elle peut aussi

signifier que l'on s'est rendu coupable ou a été victime d'un acte antisocial. Nous prendrons pour cela deux exemples dans la tradition Bété à savoir:

Le «Tso'o» qui relie les signes tels que l'émission des selles sanguinolentes, les ballonnements de l'abdomen, les pertes de dents et de cheveux à un crime contre un proche. Signes qui seraient décrits par la médecine conventionnelle comme crise hémorroïdaire, d'amibiases et autres avitaminoses. D'un autre point de vue, une personne qui se rendrait coupable d'inceste s'exposerait au « Ndziba» dot les manifestations sont des irritations et des éruptions sur ses parties génitales. Toutes choses que les soignants de la médecine dite moderne attribueraient aux infections sexuellement transmissibles

Quant à l'acte de soin, il consiste chez l'africain en la «cure» qui se fait au travers de la palabre thérapeutique qui obéit à cinq préalables qui nous renvoient aux cinq dimensions de « la personne» décrites par l'Infirmière, à savoir:

- L'individu qui cherche la santé et doit définir clairement comment il interprète sa maladie et reconnaître sa mauvaise conduite personnelle qui a pu y contribuer (dimensions physique et psychologique)
- Les esprits des ancêtres invoqués pour participer au processus de guérison (dimension spirituelle)
- Les membres vivants du clan participent activement à ce processus (dimension sociale);
- Le guérisseur et ses assistants qui facilitent et dirigent le processus de guérison (dimension culturelle);
- Le public qui sert de témoin (dimension sociale). Ibid.

L'analyse de ce scénario laisse entrevoir des similitudes entre le «prendre soin» de l'Infirmière et la «cure» du Soignant africain.

Toute analyse faite, la prudence nous commande de cesser de jouer à la politique de l'autruche et de reconnaître qu'avec ou sans notre consentement, la culture de l'autre a une influence forte et indéniable sur nos activités et dans nos milieux de soins.

Dans ces moments d'intense interaction et de partage, la sagesse conseille d'éviter de se comporter en justicier, d'avoir une attitude de supériorité face aux valeurs des autres, mais de toujours reconnaître avec Prunell (2002) *qu'aucune culture n'est meilleure qu'une autre, elles sont tout simplement différentes*, et somme toute, nous sommes tout aussi humains qu'eux.

Pour notre part, nous sommes particulièrement heureuses d'avoir partagé l'expérience de cette dame, Ingénieur en informatique qui nous demandait instamment de la laisser souffler sur une bouteille vide pour la délivrer de son placenta en rétention. Même si nous n'avons pas pu nous expliquer la rationalité qui sous-tendait son geste, elle a pour sa part été réconfortée d'avoir reçu l'approbation d'accomplir cet acte dont elle était convaincue de l'effet thérapeutique, confirmé par sa délivrance.

Nous nous réjouissons d'avoir rencontré sur notre parcours de soignante des dames qui n'ont pas hésité à nous avouer que la consommation de miel facilitait et accélérât leur travail d'accouchement. Cette franchise et cette sincérité nous commandaient la prudence dans la prescription et la manipulation des ocytociques pour ne pas potentialiser les effets utérotoniques du miel et risquer une rupture utérine. Dans un tel contexte, le souci d'un prendre soin transculturel est un atout pour éviter des conséquences des comportements à risque des personnes soignées qui pourraient compromettre la réussite du soin.

V- Conclusion

Si l'interaction et l'intervention ignorent, ou sont en conflit direct avec la culture des partenaires dans le soin, elles peuvent plutôt créer tension, résistance et frustrations pour

quiconque y est impliqué; résultat, le problème ayant conduit à la consultation reste sans solution.

Aucun soin ne pourra être reconnu holistique si le paradigme «personne» n'était abordé dans son entièreté, c'est-à-dire, dans toutes ses dimensions. Un soin qui n'est pas holistique n'est pas soin. En d'autres termes, et relativement à contexte de notre travail, un soin qui n'intègre pas la dimension culturelle de l'être n'est pas soi. Et par transitivité, une infirmière qui n'est pas transculturelle n'est pas encore professionnelle.

Référence bibliographiques

- M. Abemyil (2007, 2008) *Le cœur du soin*. Forums ACSIC Yaoundé et ANIISFI Abidjan
- M. Abemyil (2009) *Le pouvoir caché*. Forum recherche congrès mondial du SIDIIEF Marrackech.
- J. Dacky (2002) *Challenge of cultural diversity in nursing*, p 23
- Canalès cité par Norwood (2005) *Diverse cultural system*, p 1-2
- S.M. Hanson (2000) *Family health care nursing*; pp 132- 134
- Heideggetr (2000) *Etre et Santé* ; p 10-25
- W. Hesbeen (2006), *Le dialogue au cœur du soin* pp 3-4
- D.J. Manson & al (2000) *Policy and Politics in nursing and health care* p 430_431
- P.Jones (2005) *Diverse family system*; pp 1-4
- S.L. Norwood (2003), *Nursing consultation. A framework for working with community* pp 85-89
- O.Omeri (2004) *Meeting the diversity challenge/pathway with advance transcultural nursing practice in health institutions*, pp 175-187
- L.Purneel (2002) *The Purnell model for cultural competence*; journal of transcultural nursing N° 3 July 2002 PP 193-196
- d. Spencer (2003) *Nursing people from cultural different from ones own, a perspective for transcultural nursing*
- M.Wrinckler (2006). *Soigner, c'est partager*; conférence, congrès mondial SIDIIEF Québec
www.Madeleine Leiniger.com, 09/02/010