

# Former les soignants à prendre en charge la diversité des publics

## Stéphane Tessier,

médecin de santé publique, président de l'association REGARDS, chercheur associé des laboratoires centre de recherches Éducation et Formation (CREF) Nanterre-Ouest, et Éducatrices et Pratiques de santé (LEPS), Paris-13 Sorbonne.

La diversité des publics accueillis dans les structures de soin françaises, aujourd'hui de plus en plus visible, fait – pour de multiples raisons – rarement l'objet de réflexion en dehors de la psychiatrie. Elle est encore moins l'objet de préoccupations dans le cadre des formations initiales, malgré l'invocation récurrente – dans les référentiels – des cultures et des religions<sup>1</sup>, voire de la prise en compte de la laïcité. Le sujet semble à la fois trop complexe et potentiellement source de violents conflits. La crainte de favoriser le communautarisme, la peur du racisme ou la simple ignorance font que, le plus souvent, ce thème est laissé de côté au profit d'une clinique « objective ».

Pour autant, en formation continue, dès lors que les professionnels se rendent compte de l'importance pratique du sujet, l'interculturalité se résume souvent à une mise en catalogue de stéréotypes qui figent et caricaturent la réalité : résumer en une journée l'Afrique, le lendemain l'Asie, etc. Plus rarement, aborder l'interculturalité peut aussi prendre la forme d'une complexification infinie<sup>2</sup> particulièrement paralysante et démotivante.

## Stéréotypes enfouis dans l'imaginaire collectif

La diversité de la population française est en grande partie issue des anciennes colonies, sollicitant des

stéréotypes et des représentations profondément enfouis dans les imaginaires collectifs respectifs qui n'ont pas été véritablement revisités depuis les indépendances. Comme tout ce qui est refoulé, ces représentations vont trouver à s'exprimer au plus mauvais moment et de la plus mauvaise façon, lorsqu'émerge un conflit, une angoisse ou une situation de péril imminent. En l'absence de réflexion adaptée, ces stéréotypes se constituent et s'autoentretiennent au sein des équipes soignantes.

Ainsi, les professionnels se retrouvent souvent empêtrés dans des contradictions entre les exigences cliniques – formalisées *via* des protocoles – auxquelles ils sont formés, et des usagers porteurs de revendications sous-tendues par des argumentations aux atours culturels ou religieux. La rationalité clinique est dès lors mise en échec, contraignant à bricoler des solutions plus ou moins satisfaisantes.

## Dénouer sereinement les malentendus et conflits

Les propositions pédagogiques visent donc à outiller les professionnels pour d'abord se sentir légitime à l'égard du thème des cultures : savoir reconnaître les éléments de culture et/ou de religion qui interagissent avec le soin (au sens large) ; être capable d'identifier ce qui n'en relève pas, malgré certaines apparences trompeuses, et de dénouer sereinement les malentendus ou les conflits.

Comme cela est présenté dans l'introduction de ce dossier central, le postulat initial de la prise en compte de la diversité des publics est que la question des cultures ne se limite pas à l'« étrangéité » (à ce qui est étranger à son propre pays, *NDLR*). Elle inclut les

## L'ESSENTIEL

■ **En l'absence de réflexion adaptée, les stéréotypes peuvent perdurer au sein des équipes soignantes. Les professionnels sont en difficulté pour concilier d'un côté le protocole et l'intervention clinique, de l'autre le patient et ses représentations.**

■ **D'où la nécessité de les former, pour qu'ils disposent des connaissances leur permettant de s'adapter à ce qu'est la véritable demande du patient ici et maintenant, devant une situation clinique toujours renouvelée. En tout lieu de soin, un espace de parole doit être créé pour résoudre, en collectif, les difficultés rencontrées.**

différences de cultures entre soignant et soigné, entre genres, entre âges, ceci même si la visibilité des exotismes donne aux conflits et aux litiges une coloration indélébile, tant du fait des usagers qui s'expriment sous ces formes que dans le regard des professionnels. L'idée centrale des enseignements et donc de la formation des professionnels est de faire glisser le concept « d'accueillir un migrant » vers celui de « gérer une situation d'altérité ». S'échappant de la vision du migrant comme archétype de l'étranger bousculant l'institution, cette notion renvoie les responsabilités à parts égales entre la personne et l'institution.

## L'éthique et la posture d'ouverture à l'Autre

Appliquée dans plusieurs contextes de formation initiale d'infirmiers, de cadres de santé, de puéricultrices [1] et de formation continue (infirmières

scolaires et divers séminaires de formation), la démarche a toujours suivi le même schéma :

- un rappel initial sur l'importance de l'éthique du soin et de l'éducation, prolongé, au travers de plusieurs exercices pédagogiques, par la prise de conscience de la vivacité du refoulé colonial dans les imaginaires des participants. Cette prise de conscience est accompagnée d'un processus de déculpabilisation en observant l'omniprésence des stéréotypes dans la société contemporaine. Le but est de légitimer la réflexion interculturelle en la débarrassant de cette gangue du non-dit ;

- la deuxième étape consiste à reboucler sur l'éthique en recommandant une posture d'ouverture à l'Autre. La variabilité des constats doit bien alerter sur le danger d'assigner telle ou telle habitude « culturelle » systématiquement à certaines origines ou religions. Il s'agit de laisser au personnel soignant la flexibilité nécessaire pour s'adapter à ce qu'est la véritable demande du patient ici et maintenant, devant une situation clinique toujours renouvelée ;

- le décryptage des situations selon quatre axes (cultures, identités, communautés, appartenances) est éclairé dans la plupart des cas par le traitement de vignettes cliniques qui partagent un certain nombre de caractéristiques, quels que soient les contextes d'enseignement ;

- ces situations concrètes décryptées font ainsi ressortir très fréquemment une souffrance personnelle – souffrance ou désarroi exprimé par les étudiants – ou professionnelle – impossibilité ou difficulté de mettre en œuvre les protocoles de soins prévus – engendrée par ces questions culturelles, d'autant plus lourdes qu'aucun espace de parole ne permet de les verbaliser ;

- symétriquement, certaines situations montrent que culture ou religion sont parfois invoquées à tort ou du moins de façon quelque peu abusive. Il peut s'agir de relations de couple, entre belle-mère et l'accouchée, ou de problèmes psychologiques qui prennent la culture comme mode d'expression, alors qu'ils devraient être traités comme toute souffrance ou dysfonctionnement familial ;

- plusieurs processus stigmatisants apparaissent : diagnostic de « *syndrome méditerranéen* » (voir p. 14), rejet d'une mère dont « *la nourriture sent mauvais* », projection négative sur des gens du voyage alors que, contrairement aux attentes affirmées, ils n'étaient ni trop nombreux ni bruyants... On touche ainsi du doigt les mécanismes de renforcement des stéréotypes.

### Retours des étudiants

Lors des évaluations en fin de formation, il ressort que l'objectif de créer un temps fort de réflexion au sein du cursus semble atteint, « *temps de se poser et parler... enfin de sujets importants*. » La formation permet aussi de dédramatiser certaines situations, de prendre confiance en ses propres compétences et de s'autoriser à en parler afin de trouver une solution acceptable pour toutes les parties « *Cela nous aide à dépasser nos a priori et à savoir engager le dialogue pour expliquer notre discours* », « *[mettre] en évidence l'importance des stéréotypes que nous avons tous et qui sont souvent intériorisés et dont nous n'avons pas toujours conscience*. »

« *Cette formation devrait être obligatoire pour tous les corps de professions de la fonction publique. [...], je m'attendais à ce que le formateur juge les coutumes, cultures et les religions ; mais à ma grande surprise, j'en suis sortie ravie, heureuse que vous fassiez propager un message de tolérance, de respect des valeurs et principes des uns et des autres, même si ceux-ci ne sont pas les nôtres, l'importance de l'écoute d'autrui, du fait de chercher à comprendre, dans certaines situations, certains comportements qui peuvent paraître complexes et souvent choquants*. »

« *...formation très riche en enseignements sur notre propre histoire collective*. »

« *...bien que je sois, depuis le début de ma carrière, attachée à la lutte contre les stéréotypes et particulièrement dans un contexte de soin, j'ai, en l'espace d'une matinée, réalisé que cette lutte devait être davantage travaillée et conscientisée par les soignants*. »

Est également exprimée la prise de conscience de ce que la « culture » peut masquer : « *la culturalité peut cacher d'autres problèmes*. »

Les critiques portaient surtout sur le souhait de disposer de plus de détails sur les « *différentes cultures, religions et*

*rites* » et de recettes, alors même que dès le départ, les étudiants étaient informés que ce n'était pas l'objectif. Ainsi l'un d'eux souhaite disposer d'un « *petit fascicule sur les différentes pratiques, coutumes et religions* » Un autre souligne : « *J'ai cependant apprécié de connaître certaines particularités inhérentes à certaines populations, cela éclaire sur certaines réactions*. »

Cette recherche d'« essentialisation<sup>3</sup> » des cultures est le principal obstacle opposé à cette démarche pédagogique. Les mécanismes à l'œuvre sont trop complexes pour être décrits ici, mais cette recherche renvoie précisément au refoulé colonial évoqué.

Quelques critiques plus ciblées traduisent un certain malaise personnel ressenti à l'égard d'une thématique toujours déstabilisante. « *Propos de tolérance sur l'excision choquants* », « *Parler d'intégrisme en religion m'a choquée* », traduisant une incompréhension des débats.

Faire prendre conscience de la diversité et de la mouvance des situations que rencontrent les professionnels rend utopique le souhait d'une connaissance exhaustive, muséographique des cultures. Au total, il apparaît souhaitable que de tels cadres de discussion puissent être régulièrement mobilisés afin d'autoriser les échanges et de permettre d'élaborer de façon pérenne des cadres d'intervention cohérents, qui apportent un soutien et rassurent les équipes. ■

Contact : [sftessier@free.fr](mailto:sftessier@free.fr)

### Pour en savoir plus

- <http://dautresregards.free.fr>

1. Le référentiel de formation du diplôme d'état infirmier de 2009 (arrêté du 30 juillet 2009) prévoit d'aborder la question de l'ethnologie dans le cadre de l'unité d'enseignement (UE) 1.1 S2, avec la sociologie et la psychologie. L'objectif, louable, d'être capable « d'explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et sociale, diversité des valeurs et des croyances » doit être atteint avec tous ceux des deux autres disciplines en 25 heures de cours, 10 heures de travaux dirigés (TD) et 15 heures de travaux pratiques (TP), ce qui apparaît être une gageure...

2. Comme le site canadien sur l'allaitement maternel interculturel : <http://allaiter.free.fr/presse/multiculturel.html#Cultures%20africaines%20de%20diff%C3%A9rentes%20origines>

3. Volonté de tout décrire et prétendre comprendre des cultures et des identités.